
PULMO *Script*

Officieel orgaan van de NVALT

Jaargang 21, nummer 2, juni 2010



In dit nummer:

- **Notulen huishoudelijke vergadering**
- **Duikgeneeskunde als tweede specialisme**
- **Vera Bonta Prijs**

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. E.J.M. Weersink
Dr. H.J. Pennings
Mevr. T. de Baaij
Mevr. W. Vlug

Uiterste datum voor insturen kopij nr. 3: 15 augustus 2010

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

Ten geleide	4
Bestuur	
Van de Bestuurstafel	5
Notulen Huishoudelijke vergadering 23 april 2010	6
Wetenschappelijk Programma ledenvergadering	
• HOLY MOLI Project (Hospital at home pulmonary embolism)	10
• COPD en autoimmunititeit	11
• Poliklinische exacerbaties; de noodzaak van een stootkuur	14
Commissies, secties en werkgroepen	
Commissie Visitatie	
• Nieuwe routing rapporten en andere ontwikkelingen m.b.t. visitaties kwaliteit	17
Commissie Accreditatie	
• Persoonlijk dossier en CanMeds competenties	18
Commissie Bronkhorst Colloquia	
• Concept Programma "Longen in relatie met andere organen"	19
Sectie assistenten	
• Jaarlijkse kennistoets HERMES	20
Pulmopen	
David Cheung	21
Nascholing	
Proefschrift Hans Daniels	
• Diagnosis, Mechanisms and Treatment of Acute Exacerbations of COPD	22
Ingezonden	
De longarts met duikgeneeskunde als tweede specialisme	25
De patiënt als partner in de zorg "Longzorgmeter"	26
Vera Bonta Prijs 2011 voor wetenschappelijk onderzoek naar longkanker	27
Alles wat u wil weten over biologicals	28
Congresagenda	31

Bij de voorplaat: De jachtluipaard, gepard of cheeta(h) (*Acinonyx jubatus*) staat bekend als het snelste landdier ter wereld: binnen vier seconden (!) kan hij snelheden tot wel 106 km/uur halen. Dit houdt hij zelden langer dan 500 m vol en meestal valt de soort aan met een snelheid van 70 km/uur. Ze hebben een groot hart en grote longen waardoor sneller bloed rondgepompt kan worden, maar na de jacht moet de cheeta ten minste 40 minuten uitrusten om op adem te komen. Zou hij dit niet doen, dan dreigt oververhitting met ernstige gevolgen.

Ten geleide

Het zijn turbulente tijden waarin deze PulmoScript bij u op de deurmat valt. We zitten midden in een economische crisis, de verkiezingen zijn net achter de rug, een (moeizame?) formatie van een nieuw kabinet zal wel gaande zijn en de wereldkampioenschappen voetbal zijn in volle gang (hoe zou Nederland het doen?). Voorwaar we hoeven ons niet te vervelen. Toch wil ik u deze PulmoScript van harte aanbevelen. Er staan namelijk weer zeer lezenswaardige artikelen in.

Zo kunt u nog eens rustig de samenvatting van de prachtige voordracht van Huib Kerstjens over COPD en auto-immuniteit gehouden op onze afgelopen wetenschappelijke vergadering nalezen. Verder treft u een samenvatting aan van het proefschrift van Hans Daniels (promotor Prof. Dr. H.M. Jansen) over de rol van infecties bij acute exacerbaties van COPD. Mogelijk dat we bij het al dan niet voorschrijven van antibiotica in deze situatie toch meer rekening moeten houden met het CRP-gehalte. Als longartsen zijn wij natuurlijk al deskundig over alles wat met lucht te maken heeft. Maar nu blijkt uit het artikel van J.J. Brandt Corstius en Jaap Westbroek dat ons werkterrein zich ook tot onder het watervlakte (kan) gaan uistrekken. Zij roepen geïnteresseerde longartsen namelijk op om de duikgeneeskunde als 2de specialisme te gaan adopteren. In oktober wordt er op Bali daarvoor een 2de basischoling voor longartsen georganiseerd. Uit het verslag van Kees van Herwaarden over het symposium over biologicals (19

maart Derlon Theater, Maastricht, georganiseerd door Marjolein Drent en Jan Willem Cohen Tervaert) wordt duidelijk dat in de geneeskunde biologicals in de diagnostiek en bij de behandeling een grote vlucht heeft genomen. Helaas loopt de bekostiging van deze veelal dure middelen veelal achter bij de wenselijkheid en wetenschappelijke evidentie om deze middelen in te zetten. Ook daaraan werd tijdens dit congres uitgebreid aandacht besteed.

Dit maakt een mooi bruggetje naar de volgende onderwerpen die u in deze PulmoScript kunt aantreffen. Immers al langer verlangt de politiek en de maatschappij van ons dat wij kwalitatief goede zorg leveren én dat dit controleerbaar en transparant is. Zo kunt u een bijdrage aantreffen van de commissie kwaliteitsvisitatie waarin aangegeven wordt dat de conclusies van de kwaliteitsvisitaties in het vervolg aan de Raad van Bestuur van uw ziekenhuis zal worden aangeboden. Een probleem bij het geven van adviezen blijft nog wel de normering van één en ander. Verder blijkt uit een bericht van de commissie accreditatie dat een kwart van de geregistreerde longartsen zijn GAIA account nog niet heeft geactiveerd! Wij raden u dit aan zo spoedig mogelijk toch te doen. U bent namelijk zelf verantwoordelijk voor het bijhouden van uw accreditatiepunten. Mochten deze onvoldoende blijken dan kan dit vervelende consequenties hebben voor uw herregistratie. Verder een bijdrage van het Astma Fonds over de lancering van de zogenaam-

de longzorgmeter. De longzorgmeter beoogt de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg geleverd door zorgverleners in kaart te brengen. Hoewel ik kan me voorstellen dat dit bij u in eerste instantie wellicht een wat terughoudende reactie teweeg brengt, is dit een populair en niet meer weg te denken thema in de gezondheidszorg. Zelf heb ik mogen meedoen met een pilot en heb het ervaren als het krijgen van gratis feedback op mijn eigen handelen. Dat gaf mij inzicht in hoe mijn patiënten mijn zorg ervoeren en gaf mij daarmee handvaten om mezelf te verbeteren. Dat zou toch elke arts steeds weer moeten willen: jezelf steeds blijven verbeteren.

Tot slot onder dit kopje een bijdrage vanuit de Sectie assistenten over de invoering van de jaarlijkse kennistoets waar we dit jaar een pilot mee beginnen. Dat het goed is dat we de laatste jaren in de opleiding steeds meer aandacht aan de niet medische competenties zijn gaan besteden wordt nog weer eens bevestigd door David Cheung (recentelijk verkozen tot de beste longarts van Nederland waarvoor hulde!) hierover uitwijdt. Dit onder andere in het licht van de vele fusieperikelen waar je als longarts in het verloop van je carrière mee geconfronteerd kunt worden.

Ik hoop u met deze 'ten geleide' nieuwsgierig gemaakt te hebben naar de verdere inhoud van deze PulmoScript. Ik wens u daarbij dan ook veel leesplezier toe.

Frank Smeenk

Van de Bestuurstafel

Beste lezers,

Tegen de tijd dat deze PulmoScript op uw deurmat (of praktijkmat) ploft, bent u waarschijnlijk al druk bezig met uw vakantiewensen. Daar is het natuurlijk ook een prima periode voor en je zou willen dat het ook zo in de zetel van de landelijke politiek gesteld was. Helaas blijkt ons demissionair kabinet een ongekende daadkracht te ontwikkelen ten aanzien van de medisch specialistische zorg. Naast de al eerder beschreven generieke korting, heeft de minister nu een nog zwaarder instrument ontwikkeld, om tot kosten beheersing in de gezondheidszorg te komen. De medisch specialistische zorg lijkt hierbij langzaam maar zeker tot het stokpaardje van de minister te zijn gaan horen. De medisch specialist genereert namelijk kostenoverschrijdingen binnen de zorg, en dat is voor een minister die een forse taakstellende bezuinigingsopdracht heeft gekregen uiteraard niet welkom. Hierbij lijkt het geen rol te spelen dat een deel van deze overschrijdingen mogelijk gewoon ook ontstaan zijn door een toegenomen zorgvraag en geleverde zorg. Dat er daarnaast binnen het huidige DBC-systeem inconsistenties zitten, kan uiteraard niet ontkend worden.

Het is voor ieder weldenkend mens duidelijk dat binnen de huidige economische ontwikkelingen bezuinigingen onontkoombaar zijn, maar doe dit dan wel op een uitgebalanceerde manier. De laatste voorhangbrief van de minister d.d. 26 april lijkt het beroep van vrijgevestigd specialist met inkomen naar rato van geleverde arbeid ernstig ondergeschikt te maken aan de lokale ziekenhuisbesturen en leidt weer tot het systeem van budgettering in de zorg; dit laatste is een aantal jaren geleden onder indertijd Hoogervorst

afgedaan als ouderwets en vervangen door het huidige, door de politiek inmiddels verfoeilijkte, DBC-tijdperk.

Van groter belang is echter dat de Tweede Kamer dit onderwerp als niet-controversieel heeft geklaard. Wij slagen er dus niet in, noch als beroepsgroep, noch als Orde van Medisch Specialisten, om vertrouwen in onze integriteit te creëren. Ook rapporten, waarin aangegeven wordt dat de Nederlandse specialistische zorg goed scoort binnen Europa, lijken in een bureaulade te verdwijnen, omdat dit indruist tegen de politieke perceptie van de specialist. Reeds eerder hebben diverse medisch specialisten de Orde opgeroepen een PR-offensief te starten om ons imago in de media te verbeteren. In de politiek en media overheerst nu een uiterst negatief beeld, dat in onze ogen geen recht doet aan de inzet, betrokkenheid en integriteit van het overgrote deel van medisch specialisten. Aangezien de Orde door de overheid gezien wordt als vertegenwoordiger van de “medisch specialisten” zal zij hierin voortvarend te werk dienen te gaan. Het is al snel 9 juni en vrijwel alle politieke partijen hebben “de zorg” als potentieel bezuinigingsdoel op de korrel. Het is wel opvallend dat de veroorzakers van de huidige economische crisis relatief buiten schot blijven: wellicht een betere lobby? Enfin, voor onze commissie Beroepsbelangen blijft het een drukke tijd.

Wij hebben als Bestuur besloten dat wij tussentijds maximale transparantie willen blijven geven aan het functioneren van de longarts: Enerzijds door, zoals besproken in de ledenvergadering, de conclusies en aanbevelingen uit de visitatierapporten ook aan de medische staven alsmede de Raden van bestuur van ziekenhuizen te

doen toekomen. Anderzijds hebben wij ons ook bereid verklaard deel te blijven nemen aan de projecten van Zichtbare Zorg. Het blijft echter wel van belang dat bij de ontwikkeling van prestatie-indicatoren het primaire doel voor ogen gehouden wordt: inzichtelijk maken van het kwaliteitsniveau van de geleverde zorg. Weliswaar wensen patiëntverenigingen ook hun voorkeuren hierin kenbaar te maken, en dat is hun goed recht, maar primair dient kwaliteit getoetst te worden op basis van de voor de beroepsgroep vigerende richtlijnen. Individuele patiëntverenigingen formuleren nu ook eisen om meer zicht op het deskundigheidsniveau van individuele specialisten te krijgen, echter dit vereist een dusdanige ICT-vertaalslag, dat dit doel eerder ten koste van tijd voor de zorg lijkt te gaan dan de zorg lijkt te verbeteren. Binnen de Zichtbare Zorg – projecten functioneren ook longartsen als deelnemers en wij hebben het volste vertrouwen erin dat zij samen met de vertegenwoordigers van de patiëntenplatforms tot goede keuzen zullen komen.

Bovenstaande maakt duidelijk dat de medisch specialist anno 2010 maximaal gestimuleerd wordt om zijn deskundigheid bij te houden en te registreren. Om dit te garanderen is het Bestuur voornemens om samen met de Sectie School voor Longziekten te komen tot een totaalpakket van scholing en bijscholing. Hiervoor zal een speciaal raamplan opgesteld dienen te worden. Wij houden u hiervan op de hoogte.

U alvast een prettige en bovenal relaxte vakantie toewensend,

Namens het Bestuur

Herman-Jan Pennings, secretaris

Notulen ledenvergadering NVALT

23 april 2010 te Utrecht

6

Aanwezig (getekend op presentielijst: 68)

1. Opening

De voorzitter opent de vergadering om 15.30 uur. Er wordt een minuut stilte gehouden in verband met het overlijden van de Heren Van Giffen, Harreveld en Mellema.

2. Notulen vergadering 9 oktober 2009

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

3. Mededelingen vanuit het Bestuur Smeenk

- Vanuit de LAN zal een Zorgstandaard Astma worden ontwikkeld. Collega Roldaan zal het co-voorzitterschap van de werkgroep op zich nemen.
- Vanuit het Astmafonds is een Longzorgmeter in ontwikkeling. De longzorgmeter beoogt de ervaren kwaliteit van zorg voor longpatiënten te meten. De longzorgmeter is o.a. gebaseerd op de C.Q.-index en de zorgstandaard. Er vindt momenteel een pilot-onderzoek plaats, deze duurt tot 18 mei. De bedoeling is de Longzorgmeter te implementeren op 15 juni. Nadere informatie is te vinden op de website: www.pilotlongzorgmeter.nl. Patiënten krijgen op deze manier feedback op de ervaren kwaliteit van zorg. Ook zorgverleners krijgen feedback hoe patiënten de zorg die aan hen verleend is, ervaren.
- Afgelopen jaar is het Bestuur ter ore gekomen dat er bij diverse ziektekostenverzekeraars gedachten waren om tot preferentiebeleid te komen t.a.v. de inhalatiemedicamenten. Dit zou ertoe kunnen leiden dat patiënten periodiek van het ene device op het andere device gezet zouden kunnen worden. Dit is uit het oogpunt van kwaliteit van zorg geen goed plan. Het Bestuur heeft hiertoe een brief geschreven aan de Minister met een kopie aan de tweede kamer en de ziektekostenverzekeraars. Vanuit de LAN is hierover een invitation conference gehouden en er is

van verschillende ziektekostenverzekeraars bericht ontvangen dat zij zeer terughoudend zullen gaan optreden m.b.t. dit punt. Afgelopen woensdag heeft er een gesprek met een ziektekostenverzekeraar over dit onderwerp plaatsgevonden. Met hen is afgesproken dat zij niet tot nieuw preferentiebeleid m.b.t. deze inhalatiemedicatie zullen overgaan, alvorens de NVALT eerst te consulteren. Twee andere ziektekostenverzekeraars hebben aangegeven ook terughoudend te zullen zijn t.a.v. deze materie.

- Binnen het Bestuur en de Sectie School voor Longziekten is nagedacht hoe de scholing en nascholing binnen de NVALT vorm zou moeten krijgen. Naar aanleiding van de verwachtingen van de maatschappij in de toekomst op het gebied van gestructureerde scholing en nascholing, valt er nog het een en ander aan te coördineren. Dit heeft geresulteerd in een visiedocument dat collega Lammers verder zal gaan uitwerken.

Pennings

- De ERS heeft besloten geen joint-membership meer aan te bieden aan wetenschappelijke verenigingen.
- Men is bezig met een Europees longartsenexamen via HERMES. De HERMES is bezig met het ontwikkelen van een aparte toets voor artsen die geïnteresseerd zijn in slaap-gerelateerde ademhalingsstoornissen.
- Donderdag 14 oktober is de Wereld Spirometrie dag. Het Bestuur wil proberen ook het politieke veld hiervoor te interesseren. Elke maatschap/vakgroep wordt opgeroepen hieraan mee te werken.
- De NVALT is, samen met andere wetenschappelijke verenigingen uit Europa, te gast geweest in het Europees Parlement. Men wil aandacht vragen voor de longgeneeskunde o.a. op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en om binnen het nieuwe FP-8 programma structureel gelden te reserveren voor de longziekten.

4. Mededelingen vanuit de Commissie Beroepsbelangen

Liesker doet verslag van de projectgroep DBC's

De samenstelling van de projectgroep DBC is als volgt:

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

Liesker geeft een update over de

- DOT
- Korting
- Overig

de DOT

- Bomen
- Normtijdentool- dit is een soort database waarin alle DBC's verwerkt zijn tot zorgproducten. Dit is een lijst van een paar honderd getallen waar zinvolle minuten aan toegekend moeten worden.
 - Alle zorgproducten doorlopen
 - Logisch aantal minuten (loon naar werken) toegewezen
 - Strategische keuzes
 - Expert producten- dit is een grijs gebied waarin topreferente ziekenhuizen en academische ziekenhuizen hun producten hebben. Hierin zit ook medebehandeling.

Nu men bijna klaar is komt het nieuws dat DOT voorlopig niet doorgaat.

Inhoud Zorgproducten. Er zijn een groot aantal Zorgproducten die niet de verrichtingen bevatten die men zou verwachten. Dit zijn ziekenhuisregistratie-fouten.

- Bronregistratie belangrijk!
 - Zorgproducten niet volledig
 - Registratie ziekenhuizen
 - Polygrafie! (in het zorgproduct polygrafie zat geen polygrafie!). Belangrijk is dat het ziekenhuis dus goed registreert!

De vorige vergadering heeft Liesker het volgende verteld:

- Per 1-1-2011

- 2010: schaduwdraaien
 - Ook voor academische ziekenhuizen
 - Ook ziekenhuis deel
- Dit gaat allemaal niet door in verband met:

De val van het Kabinet

Brief IV minister controversieel verklaard

- Consequenties voor
 - Uitbreiding B-segment per 2011 gaat niet door.
 - Afschaffing FB/invoering prestatiebekostiging ziekenhuizen per 2011 gaat niet door.
 - Invoering DOT per 2011 (Besluit in Algemeen Overleg op 7 april 2010): gaat niet door!

Wel: per 2011 start met schaduwregistratie in enkele ziekenhuizen

- Nieuw kabinet zal hierover moeten beslissen

Korting 2008 Stand van Zaken

- Overschrijding volgens VWS 500 miljoen
- Nu: generieke korting 12,7%
- Kort geding is door de Orde verloren
- Echter: cijfermateriaal NZA slecht
- Gedifferentieerde korting
- 27 april vergadering Orde

Gevolgen korting 2008

- Waarschijnlijk korting (veel) minder dan de nu generieke 12,7%
- Vaste Kamercommissie (april 2010): ontwikkeling budgetmodel voor de medisch specialisten (per 2011) zodat "eventuele overschrijdingen teruggevoerd kunnen worden"

Diversen

- Pemetrexed per 1 mei vergoed
- Rouleren voorzitterschap DBC werkgroep
- Tool berekenen transitie. Men is bezig met het opstellen van een tool zodat iedereen zijn productie kan berekenen wanneer men van DBC overgaat naar DOT.

5. Mededelingen vanuit het Concilium

Omdat Van der Zee, voorzitter Concilium, aanwezig is bij een vergadering van de MSRC doet Smeenk verslag.

De uitwisseling tussen academische en niet-academische opleidingskliniek als verplichting: het voorstel is om dit als verplicht element in het opleidingsplan op te

nemen. Hierover is tijdens de opleidersvergadering van maart jl. gesproken en dit voorstel is unaniem aangenomen. De vergadering gaat akkoord en het voorstel wordt aangenomen.

De invoering van het nieuwe kaderbesluit per 1 januari 2011. In dit kaderbesluit staat dat er een jaarlijkse kennistoets voor aios verplicht is. De ERS/HERMES is bereid gevonden om de jaarlijkse toets die ze tijdens de ERS afnemen, het zogenaamde Europese longartsenexamen, beschikbaar te stellen voor onze aios. Dit jaar zal er een pilot binnen onze vereniging plaatsvinden. Vanaf 2011 zal deze toets jaarlijks uitgevoerd gaan worden.

6. Mededelingen vanuit de Commissie Richtlijnen

Vanochtend is de concept-richtlijn thoraxdrainage besproken. De richtlijn wordt nu ter accordering voorgelegd. De richtlijn wordt algemeen aangenomen.

7. Officieel vaststellen Zorgstandaard COPD

Deze zorgstandaard is door de LAN ontwikkeld met collega Hans In 't Veen als voorzitter. De leden hebben hierop tijdens de ledenvergaderingen van oktober 2009 en januari 2010 kunnen reageren. Ook via de mail heeft men commentaar kunnen leveren. Dit commentaar is verwerkt in de zorgstandaard die nu voorligt.

Roldaan: Het valt op dat in tegenstelling tot de versie die in januari is besproken, er tweemaal met vette letters wordt genoemd dat we zeer nadrukkelijk de richtlijn volgen. Dit lijkt hem niet verstandig. In 't Veen antwoordt dat het samenwerken met zoveel beroepsgroepen maakt dat er soms gekozen moet worden voor een poldermodel. De richtlijn zal zeker geüpdatet moeten worden. In de brief aan de LAN zal nadrukkelijk vermeld worden dat de tweede lijns DBC erbuiten gehouden moet worden. De zorgstandaard wordt geaccordeerd. Smeenk bedankt Hans In 't Veen zeer voor al zijn inspanningen.

De zorgstandaard wordt geaccordeerd. Smeenk bedankt Hans In 't Veen zeer voor al zijn inspanningen.

8. Procedure vaststellen Indicatoren Veldspelers in 2010 zijn

- Inspectie Gezondheidszorg:
 - Basisset Prestatieindicatoren ziekenhuizen
- Zichtbare Zorg (overheid, zorgverzekeraars, OMS, IGZ, NFU)
 - kwaliteitsindicatoren
- Patientenfederaties (o.a. NCFE, Consumentenbond)-klantpreferenties

Prestatieindicatoren IGZ

- Aanwezigheid van een Complicatieregistratie in elk ziekenhuis
- Nadruk op Jaargesprekken/IFMS
- Facultatief 2010: indicator CAP;
 - Adhv pilotgegevens wordt in 2011 besloten tot toelaten tot basisset
- Ondervoeding bij COPD: is in ontwikkeling
 - Meten in patiënten met COPD? Advies van stuurgroep ondervoeding wordt afgewacht.

Kwaliteitsindicatoren vanuit Zichtbare Zorg

- Onderverdeeld in tranches:
 - tranche I: geen items voor longziekten
 - tranche II: OSAS, cystic fibrosis, pulmonaal belaste patient. Verplicht vanaf 2011
 - tranche III (in ontwikkeling):
 - Longoncologie : NSCLC/SCLC (Vanuit longziekten E. Smit)
 - Longontsteking en acute bronchi(olitis) (Vanuit longziekten R. Jonkers)
 - IV: on hold

Zichtbare Zorg

- Minister heeft haast: voor 2012 voor 80 ziektebeelden kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen
- Tranche II: gegevens aanleveren in 2010, openbaarmaking facultatief 2010, verplicht 2011
- Op basis van aangereikte gegevens eerste helft 2010 evaluatie van de kwaliteitsindicatoren Tranche II

Tijdspad ontwikkeling tranche III in 2010

Start maart 2010: samenstelling werkgroepen.

Concept-indicatoren (finale versie) ter accordering aan wetenschappelijke verenigingen uiterlijk 1 augustus.

Oplevering uiterlijk 9 september 2010 (fiat van wetenschappelijke verenigingen).

Opname in dataset voor uitrol in 2010.

Problemen

- Probleem:
 - zeer krap bemeten tijdspad kan ten koste gaan van de zorgvuldigheid van kwaliteitsindicator ontwikkeling.
 - Door NVALT naar Orde aangegeven
 - Brief NVK, medeondertekend door WV's (incl. NVALT) hierover verstuurd in april 2010 naar Stuurgroep ZiZo Ziekenhuizen

Voorstel tot accordering Kwaliteitsindicatoren derde tranche Zichtbare Zorg

- In elke indicator-commissie zit nu een longarts
- Deze is afgevaardigd vanuit de werkgroepen (WON, WIZ en samenwerking met NIV)
- Terugkoppeling van concept-indicatoren met de werkgroepen en Bestuur (o.a. commissaris kwaliteit) en CRL
- Indien alle groepen accoord, accordering indicatoren
- Terugkoppeling van uiteindelijke uitkomst in eerstvolgende ALV

De vergadering kan zich vinden in het voorstel van Pennings.

9. Voorstel routing visitatierapporten

Kwaliteitsvisitatie

- Doel: verbetering van de kwaliteit van zorg en zorg voor kwaliteit
- Maatschap- cq vakgroep gericht (geen IFMS)
- Verplicht gesteld voor alle leden NVALT (2006)
- Participatie noodzakelijk voor herregistratie
- Rapport eigendom van maatschap
- In veel gevallen reeds ter beschikking aan RvB
- Politiek en Maatschappij vragen transparantie
- Nieuw format /nieuwe instrumenten sinds 2006
- Verslag van de gesprekken
- Weergave score kwaliteitsprofiel in 4 domeinen
- Conclusies per domein
- Aanbevelingen voor de maatschap
- Aanbevelingen voor de ziekenhuisorganisatie
- Geen gradaties zoals bij opleidingsvisitatie (voorwaarde of aanbeveling)

Huidige situatie

- Conceptrapport VisCie ad hoc besproken in plenaire vergadering CVL
- Definitief rapport naar maatschap
- Geen revisie tenzij feitelijke onjuistheden
- Geen terugrapportage (was in vorige rondes wel gebruikelijk) tenzij hervisitatie na 1 of 2jr
- Maatschap vrij: naar RvB en SB?

Achtergronden beschikbaarstelling*

- Vraag naar transparantie; mede n.a.v. recente (meldingen van) misstanden (in de media)

- Raad van Bestuur (en Medisch Stafbestuur) eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg in de instelling

(*Terughoudendheid vanwege vermeende opvraagbaarheid door bv. journalisten in kader WOB (Wet Openbaar Bestuur) is ongegrond)

Voorliggend voorstel:

Tot stand gekomen na

- Rapport Evaluatieonderzoek kwaliteitsvisitaties (Fossen/Hagemeijer)
- Rapport Landelijke Visitatiecommissie (Fossen) Melissant namens NVALT
- Discussie en besluitvorming plenair CVL (November 2009):
- ALLEEN CONCLUSIES + AANBEVELINGEN gesprekspartners moeten vrij en veilig kunnen melden
- Voorstel aan / goedkeuring van bestuur NVALT

In ontwikkeling (landelijk):

advies Landelijke visitatiecommissie verwacht 2010

- Eenduidigheid en helderheid van adviezen (zodat ook zonder de context van het gehele rapport duidelijk is wat het advies behelst)
- Uniformering van het criterium, de consequenties die hangen aan de soorten adviezen (vergelijk: 'voorwaarde' bij opleidingsvisitatie)
- Terugrapportage na 1jr ('indien nodig onderneemt de WV vervolgstappen'): navraag naar ondernomen acties m.b.t. (zwaarstwegende categorie van) aanbeveling(en) ('voorwaarden')

Routing rapport

Nieuwe situatie

- Conceptrapport VisCie ad hoc in plenair CVL
- Concept rapport naar maatschap
- Correctie op feitelijke onjuistheden
- Definitief (volledig) rapport naar maatschap
- Conclusies en aanbevelingen naar RvB en SB
- Terugrapportage na 1jr (m.b.t. zwaarstwegende aanbevelingen cq 'voorwaarden')

OMS

Ordenieuws maart 2010

... 'De landelijke kwaliteitsvisitatiecommissie adviseert om de conclusies en aanbevelingen ter beschikking te stellen. Inmiddels hebben bijna alle WV'n besloten het advies over te nemen'...

En:

In een brief van VWS heeft de Minister aangegeven van mening te zijn 'dat visitatierapporten van zorgprofessionals beschikbaar moeten zijn voor de Raad van Bestuur van de instelling waarbinnen zij werken'

In Stemming:

- De conclusies en aanbevelingen uit het kwaliteitsvisitatierapport worden beschikbaar gesteld aan de Medische Staf en Raad van Bestuur van het betreffende ziekenhuis, waarin de maatschap/vakgroep functioneert.
- Het secretariaat NVALT zal dit gedeelte niet eerder rechtstreeks opsturen naar secretariaat Medische Staf en RvB dan nadat de conclusies en aanbevelingen zijn gecorrigeerd door desbetreffende gevisiteerden op feitelijke onjuistheden.

Het voorstel wordt met algemene stemmen aangenomen.

10. Financieel verslag 2009, begroting 2010

Venmans doet verslag. De financiële jaarverslagen van de NVALT, FSLT en WSLT zijn beoordeeld en goedgekeurd door de kascommissie 2008 die bestond uit dr. M.J.F. Mertens en A.J. Polman. Venmans geeft een toelichting op de balans, de exploitatierekening en de begroting van de NVALT, FSLT en WSLT. De vergadering gaat akkoord met handhaving van de contributie. De bedragen voor 2010 worden als volgt vastgesteld: B-leden 350 euro, C-leden 175 euro, D-leden 90 euro, E-leden 90 euro, F-leden 35 euro, H-leden 350 euro, J-leden 350 euro. Venmans vraagt kandidaten voor de kascommissie 2009 zich bij hem te melden.

13. Verkiezingen

Er zijn geen tegenkandidaten ingediend.

a. Bestuur

Dr. P.J. Wijkstra treedt af, hij wordt opgevolgd als vice-voorzitter door dr. G. Wesseling.

Onder Wijkstra zijn er een aantal moeilijke dossiers gepasseerd zoals de oprichting van de LAN, de NRS, de Zorgstandaard COPD, de nieuwe relatie met de Industrie, de verdeling van de instroom etc. Smeenk dankt Wijkstra hartelijk voor al zijn inspanningen voor de Vereniging. Dr. P. Bresser treedt af op eigen verzoek, hij zal worden opgevolgd door dr. E.J.M. Weersink.

Smeenk dankt Bresser zeer voor al

zijn inspanningen met name voor de oprichting van de NRS en de organisatie van de wetenschappelijke vergaderingen.

Namens het Concilium zal prof. dr. E.F. Smit in het Bestuur worden benoemd. Namens de Commissie Beroepsbelangen zal drs. J.L.M. van Helmond in het Bestuur worden benoemd.

b. Commissie Beroepsbelangen

De maximale zittingstermijn van dr. A. Rudolphus is verstreken, hij zal worden opgevolgd door drs. J.L.M. van Helmond.

Ondanks de afwezigheid van Rudolphus dankt Smeenk hem zeer hartelijk voor alle inspanningen gedurende zijn zittingsperiode.

c. Concilium

De zittingstermijn van drs. E.G.M.

Cobben-Beld, prof. dr. P.N.R. Dekhuijzen en dr. J.B. Wempe is verstreken, zij stellen zich herkiesbaar en worden herkozen.

Dr. G. Wesseling treedt af en wordt benoemd in het Bestuur.

In het Concilium wordt benoemd prof. dr. E.F. Smit.

d. Commissie Cursorisch Onderwijs

De zittingstermijn van dr. R.E. Jonkers is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar en wordt herkozen.

e. Commissie Visitatie Longziekten

De maximale zittingstermijn van drs. M.G.J. Koolen is verstreken, zij zal worden opgevolgd door drs. R.J. Meijer.

14. Voorstellen kandidaat-leden

Er zijn afmeldingen binnengekomen van

Nienke Niemeijer, Marijke Rutten, Dominic Snijders, Sandra Snijders, Funda Yurd.

Aanwezig zijn: Alwin Bouter, Ziekenhuis Rijnstate - Jeroen van Exel, UMC St. Radboud - Hans Kemming, Ziekenhuis Rijnstate - Natascha Lie, Atrium Medisch Centrum - Ruth Mies, UMC St. Radboud - Bennie Reitsma, MCL Leeuwarden - Bart Wittgen, VU Medisch Centrum.

Smeenk heet de nieuwe leden welkom en wenst hen succes met de opleiding.

15. Wat verder ter tafel komt en rondvraag

Hiervan wordt geen gebruik gemaakt.

16. Sluiting

De voorzitter sluit de vergadering om 17.00 uur.

HOLY MOLI Project (Hospital at home pulmonary embolism)

Wetenschappelijke vergadering NVALT 23 april 2010

*Anthonie van der Wekken (AIOS longziekten), Jan Willem van den Berg (longarts).
Isala klinieken Zwolle*

Inleiding:

Patiënten met een longembolie worden merendeels klinisch behandeld. Uit de literatuur blijkt dat longemboliepatiënten met een lage kans op complicaties (gemeeten met de Pulmonary Embolism Severity Index (PESI)-score) veilig buiten het ziekenhuis behandeld kunnen worden¹⁻⁴. In de Isala klinieken werd een pilot uitgevoerd met vervroegd ontslag bij patiënten met een lage PESI score vanaf juli 2008.

Methoden:

Elke patiënt met longembolieën met een PESI score van I-II werd in principe ingesloten in het project om vervroegd met ontslag te gaan, na 1 nacht observatie. In de eerste 5 dagen werd de patiënt thuis bezocht door IC (Chance@Home) verpleegkundigen voor controles en evt. toediening van de LMWH. Verder werden vragenlijsten afgenomen en werd er een VP scan na 6 maanden verricht.

Resultaten:

Bij 76 van de 220 mensen die in deze periode werden gezien met een verdenking op longembolieën, werd dit ook bevestigd. Hiervan hadden 45 patiënte een PESI score I-II. De gemiddelde opname duur was 1,2 dagen (range 1-3). Bij de overige groep was dit 4,8 dagen. De VAS (visual analoge

score) voor pijn en dyspnoe nam significant af gedurende de 6 maanden follow-up, van respectievelijk van 3,5 naar 0,75 en van 3,75 naar 1,0.

Bij 6 patiënten bleek een heropname noodzakelijk. Hiervan is één patiënt binnen de gebruikelijke 5 dagen heropgenomen. Er is 4 maal een bloeding opgetreden, waarbij slechts één maal een ernstige bloeding. Dat betekent dus een risico van 2% op een ernstige bloeding, in de literatuur wordt een percentage van 3-6% genoemd⁵.

Er werden bij 14 van de 45 patiënten persisterende persufiedefecten gezien. Dit komt overeen met de literatuur waar gesproken wordt over tot 66% kans hierop na 6 maanden behandelen⁵. Er werden geen recidieven gezien. Ook is niemand overleden in onze groep patiënten.

In de SF-36 vragenlijst bleek een significante verbetering van functioneren, pijn en vitaliteit.

Conclusie:

Vervroegd ontslag na longembolie is bij laagrisico patiënten gebruik makend van de PESI score veilig. De opnameduur voor laag risico patiënten wordt hierdoor bekort met bijna 4 dagen. Ten slotte is er een significante verbetering van klachten na 6 maanden behandelen.

Geïnteresseerden sturen we ons protocol graag op. Wij zouden het zelf waardevol vinden een landelijke registratie van de uitkomst na longembolie te starten. Hiervoor hebben we een e-CRF ontwikkeld. Voor informatie: info.longarts@isala.nl

Reference List

1. Aujesky D, Obrosky DS, Stone RA et al. Derivation and Validation of a Prognostic Model for Pulmonary Embolism. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 172(8):1041-1046.
2. Aujesky D, Roy PM, Le Manach CdP et al. Validation of a model to predict adverse outcomes in patients with pulmonary embolism. *European Heart Journal* 2006; 27(4):476-481.
3. D.Aujesky, A.Perrier, P-M.Roy et al. Validation of a clinical prognostic model to identify low-risk patients with pulmonary embolism. *Journal of Internal Medicine* 2007; 261(6):597-604.
4. Donzé J, Le Gal G, Fine MJ et al. Prospective validation of the Pulmonary Embolism Severity Index - A clinical prognostic model for pulmonary embolism. *Thrombosis and Haemostasis* 2008; 100(5):943-948.
5. Schulman S, Beyth RJ, Kearon C, Levine MN. Hemorrhagic Complications of Anticoagulant and Thrombolytic Treatment*. *Chest* 2008; 133(6 suppl):257S-298S.

COPD en autoimmunititeit

Wetenschappelijke vergadering NVALT 23 april 2010

Prof Huib A.M. Kerstjens, hoofd afdeling Longziekten en Tuberculose,
Universitair Medisch Centrum Groningen

Enige tijd geleden introduceerde Paul Bresser, gewaardeerd wetenschappelijk secretaris van de NVALT, een lezingen cyclus tijdens de NVALT vergaderingen waarin hij de Nederlandse hoogleraren achtereenvolgens vraagt iets over hun lijn van onderzoek te vertellen, met als tweede doelstelling daarbij twee promovendi te vragen ook aansluitend wat te vertellen. Aangezien vandaag zijn laatste dag is, ben ik blij nog net onder zijn bewind aan de cyclus te mogen bijdragen. Een leuk initiatief.

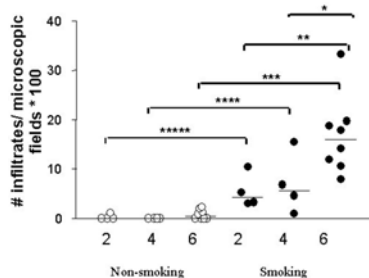
Ik koos er voor hier vandaag twee onderwerpen die me dicht aan het hart liggen voor het voetlicht te krijgen. Het ene onderwerp is exacerbaties van COPD: Jeroen Liesker, ondertussen gepromoveerd en longarts te Emmen zal de alternatieve behandeling van COPD-exacerbaties met behulp van inhalatiecorticosteroid + langwerkend beta-mimeticum versus prednisolon belichten. En Jan Willem Kocks, huisarts die eind dit jaar bij Thys van der Molen en mij hoopt te promoveren, zal u enthousiasmeren over de hanteerbaarheid en waarde van een snel in te vullen vragenlijst (CCQ) in de begeleiding van patiënten met COPD, onder andere tijdens exacerbaties. Ik zal zelf iets vertellen over ons Gronings werk naar de rol van autoimmunititeit bij COPD. (een

samenvatting van het proefschrift van Jan Willem Kocks zal in de decemberuitgave van PulmoScript verschijnen)

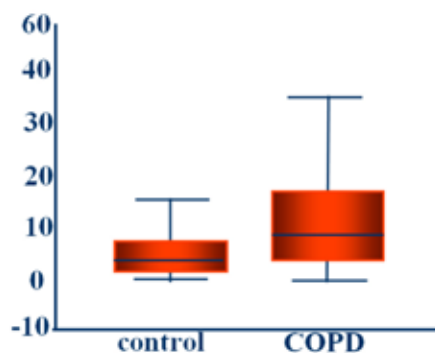
Mijn eerste dierexperimentele werk betrof een experiment bij ratten over de interactie tussen sigarettenrook en allergie bij het ontstaan van COPD. Mijn afdeling was zo royaal geweest om me daarvoor een jaar in het buitenland te gunnen en Paul O'Byrne om me te ontvangen in Hamilton, Ontario. Bij terugkomst zette ik dat werk met behulp van NAF en SAB subsidies door met rokende muizen. De vraag ging over de vroege fase van COPD/emfyseem, een vraag die prospectief bij mensen niet te onderzoeken valt. De switch richting auto-immunititeit was een voorbeeld van goede oplettendheid (serendipiteit) en tegendraadsheid van post-doc Barry van der Strate. Hem viel het op dat er infiltraten te zien waren bij de muizen die emfyseem ontwikkelden (1). Ik schrok daarvan want ik dacht dat we waarschijnlijk een infectie hadden gekregen en dat we de mooie resultaten van het roken wellicht aan een micro-organisme moesten toeschrijven i.p.v. aan het roken. Ik raadde hem aan onderzoek in te zetten naar microbiële verwekkers, die hij echter niet vond. Wel

keek hij nauwkeuriger naar de infiltraten en vond tekenen van een follikelcentrum reactie. We werden enthousiast.

Nadere analyse van de muizen die gerookt hadden leverde infiltraten op bestaande uit B-cellen, met in de zone er omheen T-cellen. Er doorheen kleurden folliculair dendritische cellen aan. Met nog wat kleuringen kon gestaafd worden dat het hier inderdaad ging om de vroege fase van een follikelcentrum reactie. Deze lymfocytair infiltraten namen in aantal en omvang toe over een periode van 6 maanden roken van de muizen, en werden niet gevonden bij niet rokende muizen (figuur 1). In nauwe samenwerking met Wim Timens, patholoog, werd gekeken of deze zelfde infiltraten ook bij mensen met COPD voorkwamen. Dit bleek het geval, niet alleen zoals verwacht in de luchtwegwand (bronchus associated lymphoid tissue, BALT) maar ook in het parenchym. In het Glucold onderzoek in samenwerking met Leiden kon Margot Gosman ook B-cellen aantonen in bronchusbiopten (figuur 2) zodat de vraag steeds interessanter werd wat deze cellen daar deden (2). De eerste tweedeling om over na te denken was of de B-cel infiltraten aanwezig zijn in het kader van de aspecifieke (aangeboren) afweer of van de specifieke (verworven) afweer. Om deze reden werden met laserdissectie de B-cellen gewonnen, de variabele regio van de zware ketens van de immuunglobulines (VHgen) vermenigvuldigd, gecloneerd, en gesequenced. Daarbij werden identieke V regio's gevonden. Deze regio's hadden de kenmerken van voortgaande somatische hypermutatie, wijzend op affiniteitsmaturing. Daarmee waren er sterke aanwijzingen voor antigeen specifieke, oligoclonale antigeen specifieke B-cel proliferatie (1). Maar tegen welk antigeen of welke antigenen?



Figuur 1: Tijdspad (in maanden) van de ontwikkeling van lymfocytair infiltraten bij rokende muizen. Overgenomen uit ref (1).



Figuur 2: Aanwezigheid van B-cellen in bronchiale biopten van mensen met en zonder COPD. Overgenomen uit ref (2)

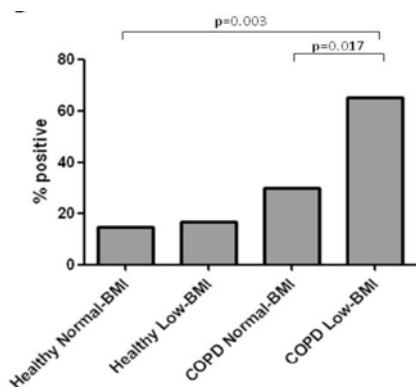
Drie mogelijke bronnen van antigenen moeten overwogen worden voor bij antigeen specifieke reactie die een rol zou

kunnen spelen bij het ontstaan of de verergering van COPD. De reactie kan specifiek tegen microbiële antigenen gericht zijn, tegen componenten van sigarettenrook, of tegen de extracellulaire matrix. Het is moeilijk een microbiële oorzaak geheel uit te sluiten, maar alle onderzoek daarnaar bij muizen was tot nu toe negatief. Het muizenmodel is daarbij gunstig omdat de muizen in schone behuizingen gehouden worden, i.t.t. de situatie bij oudere rokende mensen met COPD.

Het is niet onmogelijk dat de reactie tegen bestanddelen van rook gericht zijn. In sigarettenrook zitten immers voor zover tot nu toe bekend minstens 4500 verschillende stoffen waaronder overigens nauwelijks eiwitten, de normale bron van antigenen.

Onze primaire aandacht ging echter uit naar een antigeen-specifieke reactie gericht tegen de extracellulaire matrix, waarbij het dus een auto-immunreactie zou betreffen. Een andere groep had al gesuggereerd dat de reactie tegen elastine zou zijn, maar dat konden wij en twee andere groepen tot nu toe niet bevestigen. Er is overigens geen noodzaak dat de reactie bij alle mensen met COPD steeds tegen hetzelfde antigeen of zelfs hetzelfde eiwit gericht zou hoeven zijn.

Zijn er ook andere, humane aanwijzingen dat er een auto-immuncomponent een rol zou kunnen spelen bij COPD? Met Dick Bonarius vonden we in ieder geval toegenomen ANA spiegels bij mensen met COPD (3). Dit effect was het sterkste bij mensen met een lage BMI (figuur 3). Ook vond hij veranderde kenmerken van een deel van de immunglobulines. Deze duiden



Figuur 3: ANA positiviteit bij COPD, met name bij lage BMI. Overgenomen van ref (3).



Figuur 4 Groningen Research Group of Asthma and COPD (GRIAC)

op een grotere kans dat de immuunglobulines betrokken zijn bij een auto-immunreactie (3). Dit is extra interessant gezien de parallel met andere systeemziekten zoals bijvoorbeeld reumatoïde artritis, waarbij ook auto-antilichamen gevonden worden naast B-cel infiltraten in de synovia. De reumatologen behandelen deels al met anti-B-cel therapie.

Met Corry-Anke Brandsma keken we in een NAF project naar mogelijkheden om in muizen de voortgaande inflammatoire reactie na sigarettenrook te onderdrukken. Zij vond dat onder andere via het hemoxygenase pad de ontwikkeling van B-cel infiltraten geremd kon worden, maar in onze eerste experimenten zonder duidelijk effect op de ontwikkeling van emfyseem (4).

In een net opgestart onderzoek tenslotte, wederom met NAF subsidie, onderzoekt Ted Mes op dit moment de antilichaamafhankelijke cel gemedeerde cytotoxiciteit in COPD. Ook kijkt hij of zogenaamde "epitope-spreading" een rol speelt bij het ontstaan van een de auto-immunreactie en het doorbreken van de immuuntolerantie bij COPD. De resultaten daarvan hopen we over een aantal jaar te kunnen presenteren.

Reuze interessant allemaal, maar wat hebben we tot nu toe echt bewezen? Ten eerste dat onderzoek doen in een groot team en in een stimulerende omgeving buiten-

gewoon leuk is.

Meer inhoudelijk hebben we bewezen dat er bij COPD een oligoclonale B-cel reactie optreedt. Dit opent de mogelijkheid dat er in COPD een auto-immuncomponent een rol speelt. Maar het precieze belang bij COPD, en het mechanisme waarlangs daarmee schade ontstaat is nog niet opgehelderd. Dat zal wel moeten voordat we goed durven medicamenteus in te grijpen. Immers, in afwijking van hoe het vaak gaat, hebben we hier een potentieel mechanisme waarvoor al wel een potentiële therapie voorhanden is: anti-B-cel antilichamen (o.a. rituximab).

Rest mij de kans te grijpen eer te doen toekomen aan wie ere toekomt: zonder de inbedding in een grote onderzoeksgroep (figuur 4), en zonder de stimulerende omgeving van longartscollega's die ruimte maken en laten voor onderzoek was er van bovenstaande niets terecht gekomen. Dank hiervoor. En tenslotte, Dirkje Postma is bij bovenstaand onderzoek (en bij veel meer) al bijna 25 jaar mijn mentor en goede maatje geweest.

Referenties

(1) van der Strate BW, Postma DS, Brandsma CA, Melgert BN, Luinge MA, Geerlings M, et al. Cigarette smoke-induced emphysema: a role for the B cell? *Am J Respir Crit Care Med* 2006 Jan 6;173:751-8.

- (2) Gosman MM, Willemse BW, Jansen DE, Lapperre TS, van SA, Hiemstra PS, et al. Increased number of B-cells in bronchial biopsies in COPD. *Eur Respir J* 2006 Jan;27(1):60-4.
- (3) Bonarius HPJ, Brandsma CA, Kerstjens HAM, Koerts JA, Kerkhof M, Nizanskowska E, et al. Antinuclear autoantibodies are more prevalent in COPD in association with low body mass index but not with smoking history. *Thorax*. 2010. Resubmitted
- (4) Brandsma CA, Hylkema MN, van der Strate BW, Slebos DJ, Luinge MA, Geerlings M, et al. Heme oxygenase-1 prevents smoke induced B-cell infiltrates: a role for regulatory T cells? *Respir Res* 2008;9:17.

Poliklinische exacerbaties; de noodzaak van een stootkuur

Wetenschappelijke vergadering NVALT 23 april 2010

Jeroen J.W. Liesker (Afd. Longziekten, Scheper Ziekenhuis, Emmen)
en Huib A.M. Kerstjens (Afd. Longziekten en Tuberculose UMCG),

Systemische corticosteroiden worden wereldwijd ingezet als evidence-based behandeling bij COPD exacerbaties, met vele bijwerkingen als gevolg. De meest geciteerde studies tonen aan dat de opnameduur wordt verkort, de longfunctie sneller verbetert, dat 2 weken behandeling reeds het leeuwendeel van het effect realiseert en dat minder snel een recidief exacerbatie ontstaat 1,2,3. In recentere studies is gekeken of de effecten van systemische steroiden kunnen worden behaald met inhalatiecorticosteroiden, zonder de vervelende bijwerkingen. In de studie van Maltais en collega's werd gevonden dat bij COPD exacerbaties in de ziekenhuis setting genebuliseerde budesonide eenzelfde gunstig effect op herstel van de FEV1 had als orale corticosteroiden, en allebei groter dan placebo⁴. Vergelijkbare resultaten werden gevonden door Mirici⁵ en door Gunen⁶, die allebei ook vergelijkbare verbeteringen in symptoomscores en "treatment failure" van genebuliseerde budesonide versus systemische steroiden aantoonde.

Geen van bovengenoemde klinische studies onderzocht het effect van de behandelingen op inflammatoire parameters. Steroiden zijn anti-inflammatoire middelen, dus als ze werkzaam zijn bij de behandeling van exacerbaties, dan zal daarbij een anti-inflammatoir effect een rol moeten spelen.

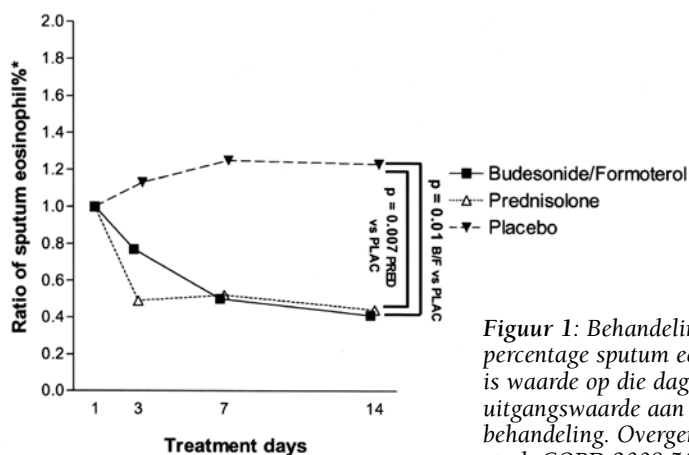
Doorgaans wordt de neutrofiële granulocyt gezien als de centrale cel in de door roken geïnitieerde inflammatie bij COPD. De neutrofiel is echter bij uitstek een steroid resistente celtype en lijkt dus niet de waarschijnlijke doelcel van een gunstig steroid-effect. Een celtype dat wel steroidgevoelig is, is de eosinofiele granulocyt maar die wordt klassiek door velen niet geassocieerd met COPD. Toch tonen meerdere studies dat er wel degelijk bij vele mensen met COPD eosinofie-

len in zowel sputum als in biopten zitten 7,8,9,10,11,12,13,14,15. In deze studies worden positieve associaties beschreven tussen hogere levels van eosinofielen en behandelingseffecten. Belangrijk daarbij is dat er een duidelijke toename van eosinofielen in sputum te vinden is bij exacerbaties^{16,17}.

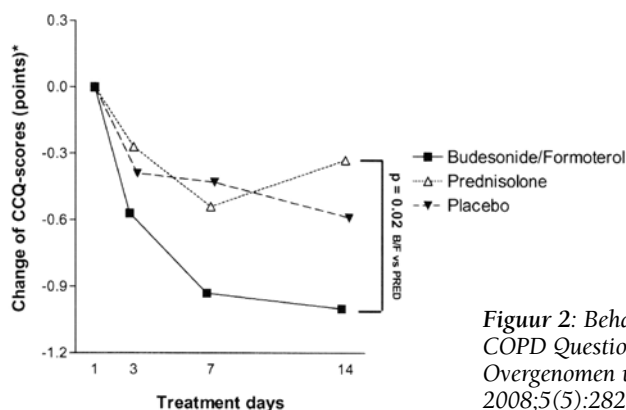
Om te onderzoeken of bij exacerbaties in de poliklinische setting de combinatie hoge dosis inhalatiesteroid met een snelwerkend beta-mimeticum even goed is als prednisolon en allebei beter dan placebo zijn, deden wij een dubbel blinde, dubbel dummy, placebo gecontroleerde studie naar het effect van 14 dagen hoge dosering budesonide/formoterol (4 dd 2 puffjes a 200/6 µg) en orale corticosteroiden (prednisolon 30mg)¹⁸. Daarbij wilden we ook detecteren welk inflammatoir mechanisme geassocieerd was met de verwachte verbeteringen. Als primaire parameter werd gekozen voor sputum eosinofilie vanwege de bekende steroidgevoeligheid en verhoogd voorkomen speciaal bij exacerbaties van COPD. Secundaire parameters waren longfunctie en quality

of life. Sputuminductie en longfunctie werden verricht en de Clinical COPD Questionnaire (CCQ, www.CCQ.nl) werd afgenomen op dag 1, 3, 7 en 14 van de exacerbatie.

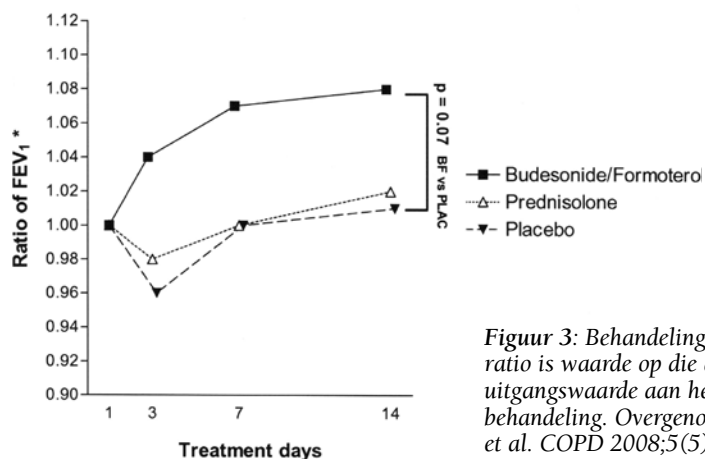
Er werden 45 patiënten (waarvan 24 exorokers, mediaan aantal pakjesjaren 38, leeftijd 65 jaar, FEV1 61 % van voorspeld) gerandomiseerd tijdens een COPD exacerbatie, die in ieder geval gedurende de laatste 2 maanden geen corticosteroiden meer hadden gebruikt. Sputum eosinofielen werden significant gereduceerd met 57 % bij behandeling met budesonide/formoterol in vergelijking met placebo, waarbij de verwachte toename werd waargenomen (figuur 1). De verbetering met prednisolon was van gelijke grootte. Budesonide/formoterol verbeterde de symptoomscore zelfs significant t.o.v prednisolon (figuur 2). Er was in deze kleine studie ook een trend tot verbetering van de FEV1 met budesonide/formoterol (125ml) vs placebo (43 ml) maar deze was niet significant (p=0.07, figuur 3). Budesonide/formoterol had geen effect op het ochtend serum cor-



Figuur 1: Behandelingseffect op percentage sputum eosinofielen; ratio is waarde op die dag gedeeld door uitgangswaarde aan het begin van de behandeling. Overgenomen uit: Bathoorn et al. COPD 2008;5(5):282-90.



Figuur 2: Behandelingseffect op Clinical COPD Questionnaire (CCQ). Overgenomen uit: Bathoorn et al. COPD 2008;5(5):282-90.



Figuur 3: Behandelingseffect op FEV1; ratio is waarde op die dag gedeeld door uitgangswaarde aan het begin van de behandeling. Overgenomen uit: Bathoorn et al. COPD 2008;5(5):282-90.

tisol en dus geen systemische bijwerkingen in tegenstelling tot prednisolon. Onze verkennende studie laat zien dat inhalatie-corticosteroiden een alternatief zijn voor orale corticosteroiden, met duidelijk minder bijwerkingen en een effect dat in ieder geval associeert met een significante daling van sputum eosinofilie.

Ondertussen is er een tweede studie verschenen die de budesonide/formoterol combinatie vergeleek met prednisolon bij COPD exacerbaties in de poliklinische setting. Daarin werd weer een even groot effect op de FEV1 gezien met de combinatie als met prednisolon¹⁹. Samenvattend tonen nu een aantal studies aan dat genebuliseerd budesonide (in de ziekenhuis setting getest) of budesonide/formoterol combinatie (in de poliklinische setting getest) een uitstekend alternatief is voor de behandeling van COPD exacerbaties.

Het is logisch daarbij minder systemische bijwerkingen te verwachten. Het gunstige effect is geassocieerd met een anti-inflammatoir effect op sputum eosinofilie.

Referentie lijst

- Niewoehner DE, Erbland ML, Deupree RH, et al. Effect of systemic glucocorticoids on exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group. *N.Engl.J.Med.* 1999;340:1941-1947.
- Davies L, Angus RM, Calverley PM. Oral corticosteroids in patients admitted to hospital with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective randomised controlled trial. *Lancet* 1999;354:456-460.
- Aaron SD, Vandemheen KL, Hebert P, et al. Outpatient oral prednisone after emergency treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *N.Engl.J.Med.* 2003;348:2618-2625.

- Maltais F, Ostinelli J, Bourbeau J, et al. Comparison of Nebulized Budesonide and Oral Prednisolone with Placebo in the Treatment of Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. A randomized controlled trial. *Am.J.Respir. Crit Care Med.* 2002;165:698-703.
- Mirici A, Meral M, Akgun M. Comparison of the efficacy of nebulized budesonide with parental corticosteroids in the treatment of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Clin. Drug Invest.* 2003;23:55-62.
- Guneri H, Hacievliyagil SS, Yetkin O, et al. The role of nebulised budesonide in the treatment of exacerbations of COPD. *2007;29:660-667.*
- Pizzichini E, Pizzichini MM, Gibson P, Parameswaran K, Gleich GJ, Berman L, Dolovich J, Hargreave, FE. Sputum eosinophilia predicts benefit from prednisone in smokers with chronic obstructive bronchitis. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158(5 Pt 1):1511-1517.
- Fujimoto K, Kubo K, Yamamoto H, Yamaguchi S, Matsuzawa Y. Eosinophilic inflammation in the airway is related to glucocorticoid reversibility in patients with pulmonary emphysema. *Chest* 1999;115(3):697-702.
- Brightling CE, Monteiro W, Ward R, Parker D, Morgan MD, Wardlaw AJ, Pavord ID. Sputum eosinophilia and short-term response to prednisolone in chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 356(9240):1480-1485.
- Brightling CE, McKenna S, Hargadon B, et al. Sputum eosinophilia and the short term response to inhaled mometasone in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005; 60(3):193-198.
- Gan WQ, Man SF, Sin DD. Effects of inhaled corticosteroids on sputum cell counts in stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and a meta-analysis. *BMC Pulm Med* 2005; 5:3.
- Leigh R, Pizzichini MM, Morris MM, Maltais F, Hargreave FE, Pizzichini E. Stable COPD: predicting benefit from high-dose inhaled corticosteroid treatment. *Eur Respir J* 2006; 27(5):964-971.
- Papi A, Romagnoli M, Baraldo S, et al. Partial reversibility of airflow limitation and increased exhaled NO and sputum eosinophilia in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162(5):1773-1777.

14. Barnes NC, Qiu YS, Pavord ID, et al. Antiinflammatory effects of salmeterol/fluticasone propionate in chronic obstructive lung disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173(7):736-743.
15. Balzano G, Stefanelli F, Iorio C, De Felice A, Melillo EM, Martucci M, Melillo G. Eosinophilic inflammation in stable chronic obstructive pulmonary disease. Relationship with neutrophils and airway function. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160(5 Pt 1):1486-1492.
16. Saetta M, Di Stefano A, Maestrelli P, et al. Airway eosinophilia in chronic bronchitis during exacerbations. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150(6 Pt 1):1646-1652.
17. Siva R, Green RH, Brightling CE, et al. Eosinophilic airway inflammation and exacerbations of COPD: a randomised controlled trial. *Eur Respir J* 2007; 29(5):906-913.
18. Bathoorn E, Liesker JJW, Postma DS, et al. Anti-inflammatory effects of combined budesonide/formoterol in COPD exacerbations. *COPD* 2008;5(5):282-90
19. Stallberg B, Selroos O, Vogelmeier C, et al. Budesonide/formoterol as effective as prednisolone plus formoterol in acute exacerbations of COPD. A double-blind, randomised, non-inferiority, parallel-group, multicentre study. *Respir Res.* 2009;10:11-21.

Commissie Visitatie

Nieuwe routing rapporten en andere ontwikkelingen m.b.t. visitaties kwaliteit

Sinds eind 2006 wordt gebruik gemaakt van een gemoderniseerd format kwaliteitsvisitatie, waarin diverse nieuwe instrumenten worden gehanteerd (o.a. medical audit, quick scan, KISZ-lijst en enquêtes bij medewerkers, patiënten en huisartsen) en een groter beroep wordt gedaan op uw tijd en voorbereiding met vooral ook zelfevaluatie en reflectie op de verkregen respons, alvorens de visitatiecommissie ad hoc u verder behulpzaam kan zijn met het voorhouden van een spiegel. De ervaringen met de uitkomsten van deze nieuwe systematiek zijn overwegend (zeer) gunstig, mits men voldoende tijd heeft genomen in de voorbereiding. Het komt gelukkig infrequent voor dat men niet tijdig (advies= niet later dan 6 maanden tevoren) aanvangt met de voorbereidingen en/of de diverse bescheiden onvolledig, te laat of in het geheel niet aanlevert. De ultieme consequenties van het niet doorgang (kunnen) vinden van en participatie in kwaliteitsvisitatie (m.n. problemen met de herregistratie) kunt u desgewenst nalezen in het aangepast huishoudelijk reglement van 2006. Bovendien heeft de NVALT al vele jaren eerder de visitatie kwaliteit per 5 jaren verplicht gesteld voor al haar leden. Het visitatierapport is a priori eigendom van de gevisiteerde maatschap/vakgroep.

Politiek en maatschappij vragen toenemend naar volledige transparantie. Recente (meldingen van) misstanden (in de media) benadrukken de door andere partijen gepercipieerde noodzaak hiertoe. Daarbij groeit het realistisch besef dat de medisch specialisten wel verantwoordelijk zijn voor de medisch-specialistische zorg, maar dat de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de geleverde zorg in de instelling én dat laatstgenoemde deze verantwoordelijkheid niet kan nemen wanneer zij niet op de hoogte is van verbeterpunten, werkelijke knelpunten of misstanden. Op deze plaats is het wellicht goed op te merken dat terughoudendheid vanwege vermeende opvraagbaarheid door bv. journalisten

in het kader van de WOB (Wet Openbaar Bestuur) ongegrond is. Raden van bestuur van algemene ziekenhuizen en (de meeste) academische centra vallen namelijk niet onder deze wet.

De Commissie Kwaliteitsvisitatie NVALT heeft zich een mening gevormd over het beschikbaar stellen van haar rapporten aan Raden van Bestuur en Besturen Medische staf. Deze mening is tot stand gekomen op basis van de rapporten Evaluatieonderzoek kwaliteitsvisitatie van drs. J. Fossen en drs. J.W. Hagemeyer en het rapport (van de Landelijke) Visitatiecommissie van de hand van drs. J. Fossen (CBO/OMS). Deze rapporten vormen de neerslag van de discussie en onderzoek m.b.t. deze onderwerpen door de landelijke visitatiecommissie. Ondergetekende was namens onze commissie betrokken bij eerstgenoemd evaluatieonderzoek. Collega C. Melissant was afgevaardigde namens de NVALT bij de landelijke visitatiecommissie en heeft nadere toelichting verstrekt op onze opiniërende vergadering van 17 november 2009. Op grond van deze rapporten, de nadere toelichtingen en het resultaat van de discussie in onze vergadering, heeft de Commissie Kwaliteitsvisitaties de volgende adviezen uitgebracht aan het Bestuur van de NVALT:

- De Conclusies en Aanbevelingen uit desbetreffende visitatierapportage beschikbaar te stellen aan de Medisch Staf en de Raad van Bestuur van het betreffende ziekenhuis, waarin de maatschap/vakgroep functioneert.
- Het secretariaat van de NVALT zal dit gedeelte niet eerder rechtstreeks opsturen naar de Secretaris Medische Staf en Raad van Bestuur, dan nadat de conclusies en aanbevelingen zijn gecontroleerd en zonodig gecorrigeerd door de desbetreffende gevisiteerden op feitelijke onjuistheden.

Het Bestuur van de NVALT kon zich volledig vinden in dit advies, waaromtrent inmiddels met algemene stemmen positieve besluitvorming plaatsvond op de laatste ledenvergadering.

Officieel wacht de OMS, die bovenstaande propageert, nog op de adviezen van enkele wetenschappelijke verenigingen, terwijl de Minister blijkbaar zijn beslissing reeds heeft laten weten aan de Kamer. Klink's oordeel wijkt in zoverre af van ons standpunt, dat hij voorstander is van ter beschikking stellen van het volledig rapport. Wij zijn van oordeel dat de weergave van de gesprekken die de visitatie commissie ad hoc heeft gevoerd niet negatief beïnvloed mag worden door het niet vrij kunnen spreken en melden door de gesprekspartners.

De ontwikkelingen op het gebied van visitatie gaan in snel tempo verder. Nog dit jaar wordt van de Landelijke Visitatiecommissie advies verwacht over haar opdracht met betrekking tot:

- Eenduidigheid en helderheid van adviezen (zodat ook zonder de context van het gehele rapport duidelijk is wat het advies behelst)
- Uniformering van het judicium, de consequenties die hangen aan de soorten adviezen (advies, dringende aanbeveling of voorwaarde zoals ook gangbaar bij opleidingsvisitatie)
- Terugrapportage: navraag naar ondernomen acties m.b.t. de gedane aanbevelingen, in ieder geval de zwaarstwegende categorie, de voorwaarden

Aangezien uit onderzoek vaststaat dat terugrapportage de effectiviteit van visiteren bevordert, is dit laatste punt reeds meegenomen in de besluitvorming bij onze laatste ledenvergadering.

Een laatste zeer belangrijk en actueel punt van aandacht is de normering. Aan alle wetenschappelijke verenigingen is gevraagd om een valide set van kwaliteitsnormen. Voorwaar geen sinecure, wetende dat het -zelfs na drie rondes visitaties kwaliteit- uitermate moeilijk blijft om te benchmarken, zowel tussen als onder kleinere en grotere klinieken, zonder en met opleiding, academisch en niet-academisch. Zo zijn en blijven de verschillen in aandachtsgebieden, productie én bemensing

(in relatie tot bijvoorbeeld adherentie of productie) groot.

Er bestaat daarom enige jaloezie in de richting van het Concilium. De bestaande normen (lees: eisen) ten aanzien van opleider, opleiding en opleidingskliniek zijn (veel) duidelijker vastgelegd. Hier ligt een grote uitdaging voor onze vereniging, niet alleen voor ons bestuur, collega Melissant, de Cie Visitaties en Cie Richtlijnen, en tegelijkertijd een uitnodiging aan alle NVALT leden.

Wanneer wij hier in gebreke blijven dan zult u mogen verwachten dat op termijn gevisiteerd gaat worden door externe instanties en op extern ontworpen kwaliteitsindicatoren. Dit zou om meerdere redenen niet moeten gebeuren. De belangrijkste: de bevordering, bewaking en toetsing van de medisch-specialistische zorg is een zaak van én taak voor de medisch specialisten en hun beroepsverenigingen, en de primaire doelstelling van de kwaliteit-visitaties is de verbetering van de kwaliteit van zorg en zorg voor kwaliteit van de maatschap/vakgroep, en niet de opsporing van slechte kwaliteit of wantoestanden.

De leden van de CVL zijn geen politieagenten of controleurs namens de Inspectie, maar door het CBO getrainde gemotiveerde collegae longartsen met speciale belangstelling voor kwaliteit, die u bij het visiteren een spiegel voorhouden nadat u zelf als groep uw kwaliteit van zorg reeds kritisch doorgelicht heeft. Ook al worden de normen aangescherpt, dan nog willen wij vooral blijven adviseren door aanbevelingen te doen om de kwaliteit (nog verder) te verbeteren. Wij hopen dat deze insteek meer herkenbaar is geworden met de laatste ronde visitaties en hantering van de nieuwe instrumenten en vernieuwde rapportage ingedeeld naar de diverse kwaliteitsdomeinen. Wij zijn ook steeds vernieuwd naar uw opbouwende kritiek over onze visitaties. Want ook kwaliteitsvisitaties kunnen vast en zeker nog beter.

In het najaar neem ik samen met enkele andere leden na 8 jaren en vele visitaties afscheid van de CVL. Het over te dragen voorzitterschap zal bij Gerlof Jukema zeker in goede handen zijn en u mag tevens alle vertrouwen hebben in de hui-

dige ploeg visiterende NVALT-leden, divers in afkomst, en kwalitatief en kwantitatief voor de komende jaren voldoende bemenst.

Tenslotte neem ik als scheidend voorzitter de gelegenheid om op deze plaats Constance van Hussen hartelijk te bedanken voor de altijd prettige samenwerking en reeds jarenlange professionele secretariële ondersteuning van de CVL-vergaderingen en de (meeste) visitaties, incl. rapporten. Verzorgd, alert en kritisch (lees: kwaliteit) zijn woorden die haar passen. De CVL zal graag nog lang van haar diensten gebruik maken.

Mocht u willen reageren met kritiek, advies of een bijdrage aan de te ontwikkelen normen kwaliteit longgeneeskundige zorg dan bent u bij ons beide welkom per post of e-mail.

a.termeer@cwz.nl
constance@nvalt.nl

René Termeer, longarts CWZ Nijmegen
voorzitter CVL

Commissie Accreditatie

Activeer uw Persoonlijk dossier!

Velen van u hebben inmiddels hun persoonlijk nascholingsdossier geactiveerd. Helaas heeft bijna een kwart van onze geregistreerde longartsen dit nog niet gedaan. Het activeren van uw GAIA-account is noodzakelijk om uw buitenlandse nascholingen, refereeravonden en werkgroepvergaderingen bij te schrijven. Bovendien bent u zelf verantwoordelijk voor het controleren van bijschrijving van accreditatiepunten in uw persoonlijk dossier. Alle voorwaarden kunt u nalezen op de website onder "Regulering Accreditatie".

CanMeds-competenties in GAIA

De KNMG heeft met het Ministerie van VWS afgesproken dat inzichtelijk wordt gemaakt op welke competenties nascholing wordt aangeboden en gevolgd. Deze competenties worden door de aanbieders toegekend, echter de accreditatiecommissie beschikt over de mogelijkheid om dit te corrigeren.

1. Medisch handelen
2. Communicatie
3. Samenwerking
4. Organisatie en financiering

5. Maatschappelijk handelen en preventie
6. Kennis en wetenschap
7. Professionaliteit en kwaliteit

De competenties worden ook zichtbaar in het persoonlijk nascholingsdossier van de arts. Hier geven ze 'slechts' een indicatie op welke competenties u nascholing heeft gevolgd. Ze dienen als reminder om niet uitsluitend medisch inhoudelijke nascholing te volgen, of om niet uitsluitend managementcursussen te volgen. Bovendien is het zinvol om op deze manier statistieken realiseren.



Bronkhorst Colloquium

Longen in relatie met andere organen

19

Datum

18 ('s avonds), 19 en 20 november 2010
'Koningshof' te Veldhoven

Informatie

Secretariaat NVALT
Constance van Hussen
Luijbenstraat 15
5211 BR 's-Hertogenbosch
tel.: 073 - 612 61 63
fax: 073 - 612 61 54
e-mail: constance@nvalt.nl

Inschrijving

In juni zullen de brochures voor het Bronkhorst Colloquium worden verzonden.

Dit jaar zal het maximaal aantal deelnemers in Veldhoven 210 bedragen.

In het kader van de samenwerking tussen de Commissie Bronkhorst Colloquia en het Forum Vlaamse Longartsen, wordt het colloquium ook in Vlaanderen gehouden als colloquium van de Vlaamse Longartsen. In Blankenberge bedraagt het maximaal aantal deelnemers 160.

Concept programma

Klinische Conferentie

Systeemziekte

Plenaire lezingen

- Hartaandoeningen: essentialia voor de longarts
- Nierziekten: essentialia voor de longarts
- Het metabool syndroom en aanverwanten
- Chronische hoest: work-up

Werkgroepen

- Nieren en longen
- Lever en longen
- Tractus gastro-intestinalis en de long
- Neurologie
- Hart en longen
- Zwangerschap en longen
- Obesitas en longen
- Postop respiratoire complicaties
- Biologicals en de long

Datum

3 ('s avonds), 4 en 5 februari 2011
"Floréal Club" te Blankenberge, België

Informatie

Forum Vlaamse Longartsen
Monique Lanckswaert
Eendrachtstraat 56
B-1050 Brussel, België
tel.: 00 -32 2 510 60 94
fax: 00 -32 2 511 46 14
e-mail: info@vlaamselongartsen.org

Vanuit de sectie assistenten

Jaarlijkse kennistoets verplicht voor alle AIOS

Beste AIOS,

Het ministerie van Volksgezondheid heeft in zijn kaderbesluit CCMS bepaald dat een jaarlijkse kennistoets voor alle AIOS verplicht wordt. Dit is overgenomen in ons opleidingsplan dat per 1 januari 2011 van kracht zal zijn, waarmee elke AIOS dus jaarlijks verplicht is deze voortgangstoets af te leggen. De meeste AIOS zullen al bekend zijn met verplichte kennistoetsen vanuit de vooropleiding van de interne geneeskunde.

Het bestuur van de NVALT heeft als jaarlijkse kennistest gekozen voor het HERMES-examen. HERMES staat voor "Harmonised Education in Respiratory Medicine for European Specialists". Deze taskforce ondersteunt de kwaliteit van het respiratoire onderwijs in Europa door de ontwikkeling van een gevalideerde en gecertificeerde kennistoets die jaarlijks tijdens het ERS-congres wordt afgenomen. Deelnemers die dit examen met een voldoende afleggen krijgen het HERMES-certificaat. Overigens is de HERMES naast dit examen momenteel bezig met de ontwikkeling van Europese accreditatie voor opleidingscentra.

Uiteraard volgt het AIOS-bestuur de ontwikkelingen rond deze voortgangstoets met veel interesse. In een enquête die wij dit voorjaar hielden onder alle AIOS longziekten bleek het overgrote merendeel van de geënquêteerden voorstander te zijn van een kennistoets.

Een dergelijke toets kan bijdragen aan de kwaliteit van de opleiding, daar kennishiaten van een individuele AIOS opgespoord kunnen worden. Vervolgens kan (in conclaaf met de opleider) een plan worden opgesteld om deze kennis bij te spijkeren. Uiteraard is discretie rondom de resultaten een vereiste.

Verschillende AIOS gaven aan dat een dergelijke toets zou moeten leiden tot meer zelfstudietijd, iets wat volgens dezelfde enquête nu in de meeste opleidingen niet voldoende ingebouwd lijkt te zijn.

Onder de geënquêteerden was ook kritiek op jaarlijkse toetsing. Nadeel kan zijn dat er sprake is van een momentopname. Dat klopt inderdaad, desalniettemin kan je door het vergelijken van de resultaten van al die momentopnamen bijhouden hoe je kennis zich over de jaren ontwikkelt.

Daarnaast wordt wel de kennis, maar niet de kunde van een AIOS getoetst. Dat klopt inderdaad, maar voor de toetsing van de kunde hebben Klink en de zijnen ons al voorzien van een eindeloze rij aan nuttige en minder nuttige scoringsformulieren.

Aan de uitslag van de toets worden dan ook geen consequenties (herexamen, verbanning uit de opleiding als je te vaak zakt etc.) verbonden. Doel is vooral om inzicht te krijgen in je eigen kennis: in welke onderdelen ben je goed en aan welke zou nog meer aandacht besteed moeten worden.

Het HERMES-examen zal in 2010 facultatief en vanaf 2011 verplicht worden afgenomen. Tijdens de ERS in Barcelona kan je dus al meedoen aan dit examen (opgeven via de ERS website). Daarnaast zal de NVALT in het najaar de mogelijkheid geven dit examen af te leggen op een locatie in Nederland. Het examen bestaat uit 50 multiplechoice vragen, die in 2011 door de opleiders van Nederland samengesteld zal worden.

Sander de Hosson,
voorzitter assistentenbestuur NVALT

Pulmopen

David Cheung

21

Het is al weer 10 jaar geleden dat ik voor het eerst werd gevraagd om een bijdrage te leveren voor PulmoPen. Hoewel ik zelf graag dit stukje lees heb ik 10 jaar geleden i.v.m. de drukte in Schiedam dit aan mij voorbij laten gaan. Deze keer kan ik het eigenlijk niet meer maken om niet iets te schrijven. Ik ben sinds 1 jaar begonnen in het Albert Schweitzer Ziekenhuis te Dordrecht als longarts en tevens medisch manager. Ik heb de afgelopen tien jaar met heel veel plezier gewerkt in Schiedam. Ik heb samen met collegae Jaap de Goeij en Jaap Bouvy vakgroep Longziekten opgezet in het tegenwoordige Vlietland ziekenhuis in Schiedam. Een vakgroep opzetten in een fusietraject vergt veel van de leden. Er moet immers veel werk en logistiek geregeld worden. Daarnaast moeten de afdelingen met elkaar gefuseerd worden. Dit zorgt voor veel onrust en werk. Al met al waren de eerste vijf jaren echte tropenjaren. Maar als alles goed loopt dan schept dit ook veel voldoening. Na verloop van enkele jaren heb je ook verschillende zogenaamde ankers op de bepalende afdelingen werken die voor de vakgroep de dingen uitvoeren. Na verloop van tijd heb je dus een goed draaiend team voor je werken onderweg naar de veel te lang op zich wachtende nieuwbouw. Uiteindelijk na 8 jaar vertraging was de nieuwbouw gerealiseerd en besloot ik naar een opleidingsziekenhuis te vertrekken in Amsterdam. Ik had op dat moment namelijk sterk de behoefte, omdat alles na 10 jaar zo voorspoedig liep, om naar een nieuwe uitdaging uit te kijken. In de afgelopen jaren heb ik het idee opgevat dat ik meer onderzoek zal willen doen en ook meer tijd aan kennisoverdracht wil besteden. Dit zal te lang op zich laten wachten in Schiedam en dus ben ik vertrokken naar Amsterdam. De tijd in Amsterdam was wel leerzaam maar niet erg prettig. Ik

heb wel mijn tijd als overdracht van kennis aan arts-assistenten als zeer prettig ervaren. Ik ben weer inmiddels bijna een jaar werkzaam in een groot algemeen ziekenhuis in Dordrecht en met veel plezier. Ik mis nog steeds mijn collegae in Schiedam en mijn team daar. Maar ik ben nu bezig om een nieuw team in Dordrecht samen te stellen en dit moet volgens mij ook wel lukken. Dit even in vogelvlucht wat ik de afgelopen tien jaar heb gedaan na mijn opleiding. Er is veel te zeggen over de verschillende competenties die je tegenwoordig zal moeten hebben voor je taak als medisch specialist. Ik dacht altijd maar dat je een goede dokter moest zijn, maar om een goede longarts te worden heb je inderdaad verschillende competenties nodig. Naast de kennis en kunde moet je als moderne specialist in een ziekenhuis ook kunnen samenwerken met collegae van verschillende disciplines in het ziekenhuis. Daarnaast moet je ook goed met de patiënten kunnen omgaan. Zeker in deze tijd van mondige en vaak claimende patiënten. Al met al veel verschillende competenties en alles in een dezelfde persoon. Voor een praktiserend medische specialist schijnt in een Amerikaans onderzoek, ik heb geen bronvermelding, de beste tijd te liggen tussen 40 tot 50 jaar. Ik heb dus nog enkele goede jaren voor de boeg. Ik denk zelf dat een jonge onderzoeker veel nieuwe ideeën kan genereren omdat de jonge onderzoeker niet belemmerd wordt door verschillend dogma's. Een jonge onderzoeker moet dus gekoppeld worden aan een ervaren promotor die gebruik maakt van de nieuwe ideeën en ook de energie van de jonge onderzoeker. Ik heb zelf wetenschappelijk onderzoek vergeleken met topsport. Dit wordt in ieder geval beaamd voor neuroloog Ferrari winnaar van de Spinozaprijs dit jaar. Ik heb zelf nooit topsport mogen

bedrijven. Mijn hoogste sport prestatie was Nederlands zaalvoetbal kampioenschap voor artsen in 1989. Jammer genoeg ging de reis naar Toronto naar de nummer 2 van de kampioenschap. Nu zijn de taken voor een academisch werkend specialist weer anders dan in een algemeen ziekenhuis. In de opleiding tot medisch specialist kan hier toch niet aan alle facetten gewerkt worden. Uiteindelijk is de opleiding tot medisch specialist geen opleiding tot onderzoeker. Ik denk zelf dat je in de opleiding tot medisch specialist je niet al teveel moet laten afleiden van je core business en dat is een goede behandelaar worden. De patiënt komt naar een ziekenhuis voor een specialistische behandeling en de opleiding moet na 6 jaar een specialist afleveren die zowel in een algemeen ziekenhuis als eventueel in een academisch ziekenhuis uit de voeten kan. Misschien heeft een specialist nog meerdere competenties tot zijn of haar beschikking. Dit kan alleen in een bepaald structuur tot volle bloei komen.

Ik denk dat de meest innovatieve ontwikkeling in de afgelopen tien jaar toch de voortgang van de automatisering is. Het scheelt veel rugklachten bij mijn assistentes. Verder waren er de afgelopen tien jaar veel nieuwe ontwikkelingen in de oncologie. Eerst natuurlijk de endo-echografie. Hierin hebben Klaus Rabe en Jouke Annema veel baanbrekende werk verricht zowel nationaal als internationaal. Verder natuurlijk ook het eerste medicijn tegen mesotheliom. Dit is natuurlijk niet onbelangrijk in de regio Rijnmond. Verder hebben wij nieuwe instrumenten die mogelijk een bijdrage kunnen leveren o.a. in de oncologie in de vorm van e-Nose van de groep van Peter Sterk en Liesbeth Bel. Hopelijk zal e-Nose in de toekomst een bijdrage kunnen leveren in de diagnostiek van longkanker en mesotheliom.

Diagnosis, Mechanisms and Treatment of Acute Exacerbations of COPD

Promotieonderzoek Hans Daniëls
21 april 2010 Universiteit van Amsterdam

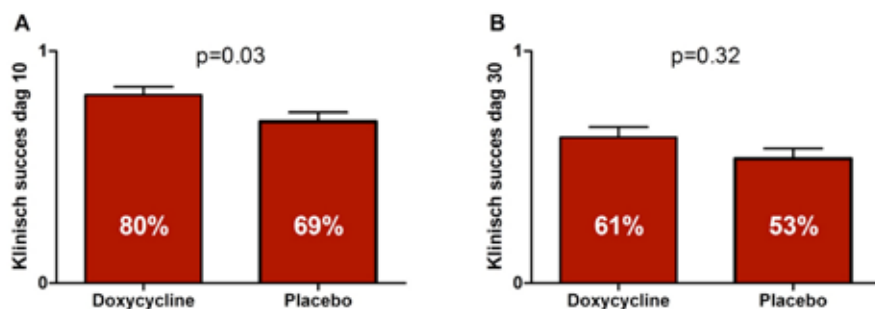
COPD is momenteel de vierde doodsoorzaak wereldwijd en naar schatting de derde doodsoorzaak in 2030 [1,2]. In Nederland zijn er meer dan 300.000 COPD patiënten. Jaarlijks worden 34.000 nieuwe COPD patiënten geïdentificeerd en overlijden er 6000 aan de gevolgen van COPD [3,4]. Een belangrijk aspect van COPD is het voorkomen van acute exacerbaties. Alhoewel er verschillende definities van acute exacerbaties van COPD (AECOPDs) in omloop zijn, kan men stellen dat een exacerbatie een plotselinge toename van klachten is die verder gaat dan de dagelijkse variatie [5]. AECOPDs zijn geassocieerd met versneld verlies van longfunctie [6] en een afname van de kwaliteit van leven [7]. Bovendien hebben AECOPDs belangrijke sociaaleconomische gevolgen [8-12]. AECOPDs kunnen veroorzaakt worden door virussen, bacteriën en luchtverontreiniging. De standaardbehandeling van AECOPDs bestaat uit luchtwegverwijders en systemische corticosteroiden. De rol van antibiotica is omstreden om verschillende redenen. Op de eerste plaats wordt een groot deel van de AECOPDs veroorzaakt door virussen. Daarnaast is de rol van bacteriën in AECOPDs omstreden; voor de clinicus

is op het moment van een exacerbatie kolonisatie niet te onderscheiden van een nieuwe infectie. Tenslotte laat de kwaliteit van de meeste placebogecontroleerde studies te wensen over. Zo werden in een aantal studies onvoldoende maatregelen genomen om patiënten met een pneumonie uit te sluiten van deelname en waren de overige behandelingen zoals systemische corticosteroiden meestal niet gestandaardiseerd.

Het primaire doel van dit proefschrift was om de rol van antibiotica in de behandeling van AECOPDs opnieuw te onderzoeken. Hoofdstuk 2 beschrijft een dubbelblinde gerandomiseerde, placebogecontroleerde trial waarin de effecten werden onderzocht van doxycycline toegevoegd aan systemische corticosteroiden [13]. Uniek aan deze studie is dat de overige behandelingen, inclusief systemische corticosteroiden, volledig gestandaardiseerd waren en dat patiënten met koorts en radiografische aanwijzingen voor pneumonie werden uitgesloten van deelname. Tweehonderd vijftig patiënten die in het ziekenhuis waren opgenomen met AECOPD werden binnen 24 uur gerandomiseerd en 7 dagen behandeld met 200mg

doxycycline of placebo. De overige behandeling bestond uit intraveneus prednison in een afbouwschema en vernevelingen met salbutamol en ipratropium. Het primaire eindpunt van deze studie was klinisch succes op dag 30 en secundaire eindpunten waren klinisch succes op dag 10, volledig klinisch herstel (cure rate) op dag 10 en dag 30, tijd tot behandelingsfalen, het aantal antibioticakuren wegens behandelingsfalen, bacteriologisch succes en afname van de symptomen dyspoe, vermoeidheid, hoesten en sputumkleur gemeten op een visueel analoge schaal. De uitkomsten toonden een significant hoger succespercentage voor doxycycline op dag 10 (80% vs. 69%, $p=0.03$; figuur 1A), maar niet op dag 30 (61% vs. 53%, $p=0.32$; figuur 1B). De tijd tot behandelingsfalen was langer in de doxycyclinegroep, maar dit verschil was niet significant (figuur 2). Verder gaf doxycycline op dag 10 een hogere cure rate (67% vs. 51%, $p=0.01$), een lager aantal antibioticakuren wegens behandelingsfalen (15% vs. 28%, $p=0.01$), een grotere verlichting van symptomen, en een hoger bacteriologisch succespercentage. Er was geen interactie tussen het effect van doxycycline en de verschillende subgroepvariabelen (longfunctie, type exacerbatie, serum C-reactief proteïne [CRP] en aanwezigheid van bacteriën). Concluderend heeft doxycycline een relatief klein en tijdelijk effect op het herstel van patiënten met AECOPD.

In de twee volgende hoofdstukken is onderzocht hoe verschillende markers gebruikt kunnen worden bij het stellen van de diagnose en de behandeling van AECOPD. Hoofdstuk 3 toont de resultaten van een onderzoek naar de kleur van het sputum als voorspeller van de aanwezigheid van bacteriën [14]. Aangezien een bacteriële luchtweginfectie vaak gepaard gaat met verkleuring van het sputum, is de sputumkleur die door patiënten wordt gerapporteerd vaak doorslaggevend in de



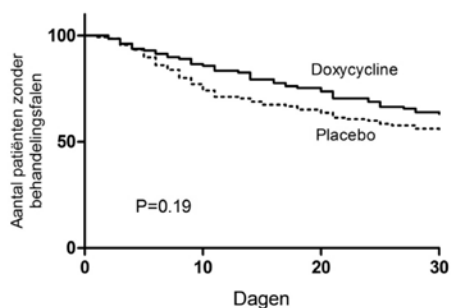
Figuur 1 Klinisch herstel voor beide groepen op dag 10 (A) en dag 30 (B). P waarden werden berekend met logistische regressie analyse en gecorrigeerd voor within-patient clustering met generalized estimating equations.

keuze om wel of geen antibiotica voor te schrijven. Maar de kleur van sputum kan ook vastgesteld worden met gevalideerde sputum kleurenkaart. Deze twee methodes werden vergeleken bij 257 patiënten die opgenomen werden met AECOPD. Bij opname werd de gerapporteerde sputumkleur genoteerd en vervolgens werd een sputummonster verzameld, waarvan de kleur werd vastgelegd middels de kleurenkaart (BronkoTest; Heredilab Inc., Salt Lake City, UT, USA). Vervolgens werd de kwaliteit van het sputum beoordeeld en representatieve monsters werden kwantitatief gekweekt. Tenslotte werd het serum CRP bepaald als maat voor systemische inflammatie. Uiteindelijk werden 216 sputummonsters verzameld waarvan er 177 (82%) representatief waren. Bij 152 patiënten werd een mogelijk bacterieel

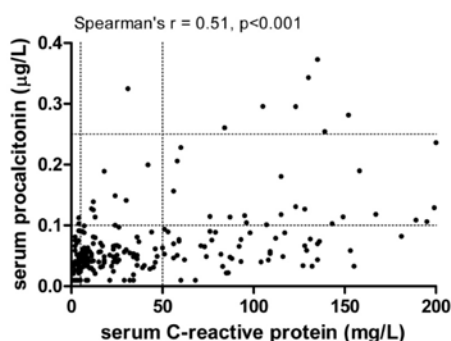
pathogeen geïsoleerd. De sputum kleurenkaart was een betere marker van de aanwezigheid van bacteriën (OR 9.8; 95% CI 4.7-20.4; $p < 0.001$) dan sputumkleur gerapporteerd door patiënten (OR 1.7; 95% CI 1.0-3.0; $p = 0.041$). De sensitiviteit en specificiteit waren respectievelijk 73% en 39% voor de gerapporteerde sputumkleur en 90% en 52% voor de sputum kleurenkaart. De sputumkleurenkaart was duidelijk gerelateerd aan de bacteriële load en het serum CRP, wat niet het geval was voor gerapporteerde sputumkleur. Sputumkleur gerapporteerd door patiënten is derhalve een onbetrouwbare marker voor de aanwezigheid van bacteriën tijdens AECOPD. De sputum kleurenkaart is superieur en is bovendien gerelateerd aan de bacteriële load en systemische inflammatie. In hoofdstuk 4 werden procalcitonine (PCT) en CRP vergeleken als predictieve markers bij patiënten met AECOPD [15]. Data van 243 exacerbaties van 205 patiënten, die in de placebo gecontroleerde studie uit hoofdstuk 2 waren gerandomiseerd, werden voor deze studie gebruikt. PCT (cut-off waarden 0.1 en 0.25 $\mu\text{g/L}$) en CRP (cut-off waarden 5 en 50 mg/L) werden gerelateerd aan klinische herstel, het effect van doxycycline en de aanwezigheid van bacteriën. In de meerderheid van de exacerbaties (58%) werd een mogelijk pathogene bacterie geïsoleerd. Er was een significante maar niet heel sterke correlatie tussen PCT en CRP (Spearman's $r = 0.51$, $p < 0.001$; figuur 3), waarbij opviel dat relatief veel patiënten een verhoogd CRP hadden en maar enkele patiënten een verhoogd PCT. PCT waarden waren vergelijkbaar in aan- en afwezigheid van bacteriën in sputum, terwijl CRP waarden duidelijk verschilden (mediaan, 36 mg/L [IQR, 11-107] in aanwezigheid vs. 18 mg/L [IQR, 6-36] in afwezigheid van bacteriën [$p = 0.004$]). PCT en CRP waren vergelijkbaar als markers van klinisch succes op dag 10. Het succespercentage bij patiënten met een CRP ≤ 5 was met 95% zeer hoog. Een significant effect van doxycycline was waarneembaar bij patiënten met een PCT $< 0.1 \mu\text{g/L}$, terwijl bij deze patiënten het gebruik van antibiotica juist wordt ontraden. Patiënten met een CRP waarde van $> 50 \text{mg/L}$ hadden baat bij doxycycline (verschil in klinisch succes 21.4%, $p = 0.033$), terwijl patiënten met een lager CRP geen baat hadden. Op grond van deze resultaten kan met vraagtekens plaatsen bij de predictieve waarde die wordt toegedicht aan procalcitoni-

ne in de antibiotische behandeling van AECOPD. Mogelijk is CRP een superieure marker. Het post-hoc design van deze studie laat echter geen definitieve conclusies toe. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of $\dot{\text{e}}\text{CRP}$ -gedeid antibiotische behandeling een goed alternatief is voor de huidige richtlijnen.

Inflammatie in de luchtwegen speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling van COPD en neemt toe bij exacerbaties. Omdat deze inflammatie aan de basis staat van weefsel remodeling en AECOPDs geassocieerd zijn met en een versneld verlies van longfunctie, zou afname van inflammatie tijdens exacerbaties gunstig kunnen zijn voor COPD patiënten. Er is relatief veel kennis over de inflammatoire processen bij stabiele patiënten en tijdens milde exacerbaties. Daarentegen is er nauwelijks iets bekend over deze processen tijdens ernstige exacerbaties. Hoofdstuk 5 beschrijft deze processen in een kleine subgroep van de studie beschreven in hoofdstuk 2 [16]. Het doel van deze studie was om het inflammatoire proces te beschrijven en te onderzoeken in welke mate de inflammatie gerelateerd is aan specifieke pathogenen. Hiertoe werd van 25 patiënten spontaan opgehoest sputum verzameld gedurende 24 uur. Met behulp van immuno-assays werden myeloperoxidase [MPO], eosinophil cationic protein [ECP], interleukin-8 [IL-8], tumor necrosis factor- [TNF-], Leukotriene B4 [LTB4], granzymes A and B, 2-macroglobuline en albumine in het verzamelde sputum gemeten. Een separaat sputummonster werd gebruikt voor een bacteriële kweek en PCR op respiratoire virussen. C-reactief proteïne werd gemeten als een marker voor systemische inflammatie. De uitkomsten toonden hoge waarden van sputum MPO en ECP bij opname. De aanwezigheid van bacteriën was geassocieerd met hoge waarden van ECP (4.38 $\mu\text{g/mL}$ [IQR, 1.04 - 25.30] vs. 0.12 $\mu\text{g/mL}$ [IQR, 0.03 - 83.38], $p = 0.001$) en TNF- (1.25 ng/mL [IQR 0.19 - 2.74] vs. 0.02 ng/mL [IQR, 0.02 - 0.49], $p = 0.022$). Onder de patiënten met een bacteriële infectie was de aanwezigheid van *Haemophilus influenzae* geassocieerd met de hoogte van het MPO (21.16 mg/mL [IQR, 2.59 - 27.45] vs. 1.15 mg/mL [IQR, 0.25 - 6.51], $p = 0.010$), ECP (32.32 $\mu\text{g/mL}$ [IQR, 22.49 - 68.15] vs. 15.35 $\mu\text{g/mL}$ [IQR, 3.96 - 28.93], $p = 0.005$) en IL-8 waarden (1.82 $\mu\text{g/mL}$ [IQR, 0.87 -



Figuur 2 Tijd tot behandelingsfalen voor beide groepen. De p waarde werd berekend met Cox proportional hazards regressie met een correctie voor within-patiënt clustering met robust standard error estimation.



Figuur 3 Correlatie tussen procalcitonine en serum C-reactief proteïne op dag 1 bij patiënten met AECOPD.

2.41] vs. 0.07 µg/mL [IQR, 0.02 ñ 0.44], p=0.001). Tijdens het herstel werd een kleine maar significante daling gezien van het MPO, ECP, TNF- en plasma eiwit lekkage, en een aanzienlijke daling van het serum CRP. Alleen de daling van het TNF- was meer uitgesproken in geval van bacteriële eradicatie. Concluderend is luchtweginflammatie tijdens ernstige COPD exacerbaties meer uitgesproken in de aanwezigheid van bacteriën, met name *H. influenzae*. Neutrofiele en eosinofiele inflammatie staan op de voorgrond. De afname van inflammatoire markers tijdens het herstel was grotendeels onafhankelijk van eradicatie van bacteriën.

Infectie met veelvoorkomende pathogenen, zoals influenza virus (FLU) en respiratoir syncytieel virus (RSV), vormt een bedreiging voor gevoelige individuen zoals ouderen, patiënten met onderliggende cardiopulmonale ziekte (zoals COPD) en immuun gecompromitteerde patiënten. Naast virale pathogenen is ook kolonisatie van de lage luchtwegen met bacteriën geassocieerd met inflammatie van de luchtwegen en klinische symptomen bij patiënten met COPD. Het recidiverende karakter van de infecties suggereert een defect in de afweermechanismen tegen deze pathogenen in deze patiëntencategorieën. In hoofdstuk 6 hebben we het circulerende CD4⁺ T-cel compartiment, specifiek voor FLU, RSV en nontypeable *H. influenzae* (NTHi), geanalyseerd met betrekking tot de frequentie, het fenotype en de functionaliteit in gezonde individuen en patiënten met COPD [17]. Daarnaast werden de verdeling en de eigenschappen van FLU-specifieke CD4⁺ T-cellen in de long en perifeer bloed bestudeerd. De resultaten toonden dat FLU-, RSV-, en NTHi-specifieke CD4⁺ memory T-cellen in lage frequenties circuleerden in het bloed van gezonden en patiënten. RSV- en NTHi-specifieke CD4⁺ T cellen toonden een memory fenotype met matige tot sterke expressie van CD27 en CCR7. In tegenstelling tot de lage frequenties van circulerende FLU-specifieke CD4⁺ T-cellen, vonden we een aanzienlijke hoeveelheid van gedifferentieerde CD4⁺ FLU-specifieke T-cellen en hoge interferon gamma expressie van CD4⁺ memory T cellen in longweefsel. Concluderend waren er geen significante defecten van de

circulerende CD4⁺ memory T-cellen specifiek voor pathogenen geassocieerd met COPD. Echter, de grote gedifferentieerde CD4⁺ memory T-cel pool in de long zou in belangrijke mate kunnen bijdragen aan de locale antivirale afweer.

Referenties

- 1 World Health Report, Geneva: World Health Organization. Available from URL: <http://www.who.int/whr/2000/en/statistics.htm> 2000.
- 2 Lopez AD, Shibuya K, Rao C, Mathers CD, Hansell AL, Held LS, Schmid V, Buist S. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *Eur Respir J* 2006;27:397-412.
- 3 Longziekten, feiten en cijfers. Nederlandse longstichting., Veenman Drukkers, Rotterdam, 2008.
- 4 Boezen HM, Postma DS, Smit HA, Poos MJ. Hoe vaak komt COPD voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, www.nationaalkompas.nl.
- 5 Definitions of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. In: *Lenfant C, ed. Lung biology in health and disease, acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease*, Vol. 183. New York, NY: Marcel Dekker, Inc., 2004; 1-4.
- 6 Seemungal TA, Donaldson GC, Bhowmik A, Jeffries DJ, Wedzicha JA. Time course and recovery of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161:1608-13.
- 7 Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy-lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 1996;274:740-743.
- 8 Regueiro CR, Hamel MB, Davis RB, Desbiens N, Connors AF, Jr, Phillips RS. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospital costs, and survival. *SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. Am J Med* 1998;105:366-372.
- 9 Gibson PG, Wlodarczyk JH, Wilson AJ, Sprogis A. Severe exacerbation of chronic obstructive airways disease: health resource use in general practice and hospital. *J Qual Clin Pract* 1998; 18:125-133.
- 10 Warren PM, Flenley DC, Millar JS, Avery A. Respiratory failure revisited: acute exacerbations of chronic bronchitis between 1961-68 and 1970-76. *Lancet* 1980;1:467-470.
- 11 Sullivan SD, Ramsey SD, Lee TA. The economic burden of COPD. *Chest* 2000;117:5S-9S.
- 12 Miravittles M, Murio C, Guerrero T, Gisbert R. Pharmacoeconomic evaluation of acute exacerbations of chronic bronchitis and COPD. *Chest* 2000;121:1449-55.
- 13 Daniels JMA, Sniijders D, de Graaff CS, Vlasplolder F, Jansen HM, Boersma WG. Antibiotics in addition to systemic corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2010;181:150-157.
- 14 Daniels JMA, de Graaff CS, Vlasplolder F, Sniijders D, Jansen HM, Boersma WG. Sputum color reported by patients is not a reliable marker of the presence of bacteria in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Microbiol Infect*. In press
- 15 Daniels JMA, Schoorl M, Sniijders D, Knol DL, Lutter R, Jansen HM, Boersma WG. Procalcitonin versus C-reactive protein as predictive markers of response to antibiotic therapy in acute exacerbations of COPD. *Chest*. In press
- 16 Daniels JMA, Boersma WG, Vlasplolder F, Hendrix MGR, Jonkers RE, Jansen HM, Lutter R. Airway inflammatory markers in acute exacerbations of severe COPD and in relation to pathogens. Submitted for publication
- 17 De Bree GJ, Daniels JMA, van Schilfgaarde M, Jansen HM, Out TA, van Lier RAW, Jonkers RE. Characterization of CD4⁺ Memory T Cell Responses Directed against Common Respiratory Pathogens in Peripheral Blood and Lung. *J Infect Dis* 2007;195:1718-25.



De longarts met duikgeneeskunde als tweede specialisme

25

Duiken is onder Nederlanders, met zo'n 200.000 duikers, een populaire sport. Daarnaast kennen we nog een groot aantal beroepsduikers bij bijvoorbeeld de brandweer, de offshore industrie en de tunnelbouw (Noord-zuidlijn, groene hartunnel, Westerschelde project).

Duiken onderscheid zich van alle andere activiteiten doordat de duiker met grote druk verschillen te maken krijgt. Bij een afdaling naar 10 meter verdubbelt de omgevingsdruk en daarmee ook de druk in de gashoudende ruimten in ons lichaam. Op 40 meter diepte is de druk al 5x zo groot als de druk aan de oppervlakte. Als de druk in de gashoudende ruimten in ons lichaam niet aangepast kan worden aan de omgevingsdruk zal het volume van deze ruimten, volgens de wet van Boyle, omgekeerd evenredig afnemen. Met het opstijgen gebeurt het omgekeerde. De druk neemt tijdens de opstijging af en het volume neemt toe. Ook hier geldt dat, als met perslucht

wordt gedoken, bij een opstijging vanaf 40 meter naar de oppervlakte het volume met een factor 5 zal toenemen indien het gas een gashoudende lichaamsruimte niet kan verlaten.

Deze simpele principes kunnen zowel bij het duiken met een luchtmengsel maar ook bij het zogenaamde free diver of apneu duiken (duiken zonder luchtmengsel) grote problemen geven bij de duiker. Met name het KNO-gebied (meest aangedaan) en de longen (meeste ernstige problemen) spelen hierbij een grote rol.

Wanneer de luchtwegen niet optimaal functioneren zijn deze vaak niet in staat om zich aan dergelijke drukverschillen aan te passen. Let wel de grootste relatieve drukveranderingen vinden plaats in de eerste of laatste fase van een duik! Dus een duiker hoeft niet diep te duiken om problemen te krijgen. Een zwembad van 1½ meter kan al diep genoeg zijn om problemen te veroorzaken.

ingeval van afwijkende gasmengsels ook van bijv. helium, zijn de omstandigheden bij duiken voor de longen totaal anders dan bij 1 atmosfeersporten. Deze hoger partiële gasdrukken zijn niet meteen na de duik verdwenen. Met name stikstof wordt, als inert gas, gedurende de periode van overdruk, in het lichaam opgeslagen. Het kan dagen duren voordat deze opgeslagen stikstof het lichaam via de longen weer verlaten heeft. Bij een verstoorde uitwisseling loopt de duiker een groter risico op het krijgen van decompressieziekte. Als onder overdruk inspanning moet worden geleverd, spelen de longen eveneens een essentiële rol bij het functioneren van de duiker.

Kennis van de duikgeneeskunde bij de longarts speelt dus een rol in het preventieve traject, de advisering en keuring van "moeilijke gevallen", waarbij een uitgebreid longfunctieonderzoek inclusief provocatie- en inspanningstesten en spiraal CT-scans nodig kunnen zijn. Daarnaast is deze kennis ook nodig bij het curatieve traject na een doorgemaakt duikongeval.

In de Nederlandse opleiding tot arts en binnen de specialisatie tot longarts komt de hyperbare geneeskunde nauwelijks tot niet aan de orde, terwijl er meer dan 200.000 Nederlanders zijn die zich in meer of minder regelmatig blootstellen aan overdruk en potentieel at risk zijn voor wat betreft hun luchtwegen.

Uitbreiding van kennis en kunde op dit gebied is dringend gewenst. Binnen de KNO, het ander belangrijke terrein waar problemen bij overdruk ontstaan, is inmiddels ongeveer 20% van de specialisten op dit gebied bijgeschoold.

Begin oktober wordt er op Bali een tweede basisscholing gegeven voor longartsen geaccrediteerd voor 16 punten!

J.J. Brandt Corstius, inspanningsfysioloog
J. Westbroek, longarts



Het niet optimaal functioneren van de luchtwegen kan o.a. veroorzaakt worden door COPD, blebs en bulla, (inspannings) astma, hyperreactiviteit, luchtweginfecties, doorgemaakte pneumothorax, sarcoidose, hyperventilatie, roken, verklevingen, etc. Al deze pathologie beïnvloedt de geschiktheid voor duiken terwijl deze bij landsporten vaak van ondergeschikte betekenis is.

Als longdelen ten gevolge van drukverschillen kapot gaan, kan dit verschillende gevolgen hebben. Directe gevolgen kunnen zijn hals- of mediastinaalemfyseem, pneumothorax, of gasembolieën die doorschieten naar de hersenen. Maar ook indirecte gevolgen als een slechtere gasuitwisseling en een minder of slecht functionerend stikstoffilter kunnen bij duiken tot problemen leiden. Door de veel hogere partiële gasdrukken van met name zuurstof en stikstof, maar

De patiënt als partner in de zorg

Samen met de patiënt werken aan betere zorg: een populair thema. Maar hoe pak je dat aan? De komst van de Longzorgmeter en de patiëntenversie Zorgstandaard COPD maakt het voor zowel zorgverleners als patiënten makkelijker.

De kwaliteit van zorg staat al jaren steeds meer in de schijnwerpers. Het in kaart brengen ervan is steeds belangrijker. Kwaliteit van zorg bestaat uit vele verschillende aspecten, die op een eigen manier inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Eén van deze aspecten is hoe de patiënt zelf de zorg ervaart. Het Astma Fonds ontwikkelde daarom de website Longzorgmeter.nl.

Trend

Met het ontwikkelen van de Longzorgmeter speelt het Astma Fonds in op een landelijke trend. Steeds meer mensen duiken het internet op om daar producten en diensten te vergelijken. Bekende voorbeelden zijn zoover.nl voor vakantie-ervaringen en bol.com voor productervaringen. Voor de consument is dit een informatiebron die een verantwoordelijke houding stimuleert, voor de aanbieder is het een manier om nog beter in te spelen op de behoefte van de consument.

Ook in de zorg kan dit principe worden gebruikt. De Longzorgmeter is een online instrument voor mensen met een chronische longziekte zoals astma, COPD of een zeldzame chronische longziekte. Met dit instrument delen patiënten hun ervaringen met de zorg met elkaar. Zorgverleners zien direct hoe hun geleverde zorg wordt ervaren. Patiënten beantwoorden op de Longzorgmeter vragen over de thema's: informatie en communicatie, het inhoudelijke zorgplan en de integrale toestand (ofwel persoonlijke situatie). Het gaat om vragen als: "Hoe duidelijk was de diagnose en kreeg u voldoende informatie mee?". Maar ook "Heeft de zorgverlener samen met u een zorgplan gemaakt?" en "Besteedt de zorgverlener aandacht aan uw persoonlijke situatie en mogelijkheden?" Alle vragen zijn inhoudelijk gebaseerd op de bestaande CQ-index astma en COPD, kwaliteitscriteria en de Zorgstandaard COPD. Qua vorm is de website heel toegankelijk en gericht op de

patiënt. De vragen zijn voorzien van een toelichting en de vragenlijsten zijn ingedeeld per zorgverlener. Zo kan de patiënt dus een specifieke lijst invullen voor bijvoorbeeld zijn longarts, maar ook voor de longverpleegkundige of huisarts.

Meer verantwoordelijkheid bij patiënt

De Longzorgmeter heeft niet alleen tot doel de ervaren zorg aan het licht te brengen, maar ook om de patiënt te informeren over wat nu precies goede zorg is en wat hij mag verwachten. Zo raken patiënten actiever betrokken bij de eigen behandeling. "Door gebruik te maken van de Longzorgmeter neemt de patiënt meer verantwoordelijkheid voor zijn aandoening en de medische zorg die hij krijgt. Hij is partner in de zorg. Dat komt de behandeling uiteindelijk ten goede", zegt Michael Rutgers, directeur van het Astma Fonds. "Dankzij de Longzorgmeter krijgen patiënten ook een beter beeld van wat zorgverleners van hén verwachten. Daardoor zullen de gesprekken tussen hen soepeler verlopen en is er meer kans op therapietrouw."



Nadruk op ervaring

Op de Longzorgmeter geeft de patiënt zijn ervaring weer met de zorg. Het doel: gezamenlijk werken aan betere longzorg in Nederland, doordat patiënt en zorgverlener het gesprek aangaan. Verzekeraars VGZ en CZ vinden samenwerken aan betere zorg belangrijk en zijn daarom partner in de Longzorgmeter.

Toch kan het wat eng klinken, patiënten die zich uitspreken over de zorglevering. Rutgers: "De Longzorgmeter is niet bedoeld om zorgverleners af te rekenen op fouten of slechte zorgverlening." Rutgers benadrukt dat de uitkomsten uitsluitend aangeven hoe een patiënt de zorgverlening ervaart. Zorgverleners kunnen daar op inspelen om de ervaring positiever te maken of juist door te gaan op de gewaardeerde manier.



Zorgstandaard

Het samen-de-zorg-verbeteren komt ook terug in de Zorgstandaard COPD. De officiële Zorgstandaard - voor professionals - is geschreven door de Long Alliantie Nederland (LAN) en geldt als de norm voor goede COPD-zorg. Het Astma Fonds heeft hiervoor input geleverd vanuit het patiëntenperspectief en brengt een speciale versie voor patiënten uit. In

beide varianten staat precies omschreven wie welke rol heeft in het zorgproces. De patiëntenversie geeft in begrijpelijke taal weer wat in de Zorgstandaard voor professionals direct relevant is voor patiënten. Met deze versie van de zorgstandaard ziet de patiënt wat zijn rol of taak is in de samenwerking en de behandeling. "Met de patiëntenversie weet de patiënt voortaan beter wat hij zelf kan doen, hoe hij kan zorgen voor goed patiëntschap", verklaart Rutgers. "Het is dan ook belangrijk om als zorgverlener te wijzen op de patiëntenversie."

Partner in de zorg

In de (patiëntenversie) Zorgstandaard COPD staan dus kort gezegd de normen voor goede zorg, zowel voor de patiënt als voor de zorgverlener. "Duidelijkheid over de rollen en de verantwoordelijkheden van beiden zal de samenwerking verbeteren, wat weer een positief effect heeft op de kwaliteit van de Nederlandse longzorg", aldus Rutgers. "Als Astma Fonds willen wij mensen met een chronische longziekte graag een centrale rol toebedelen in de zorg. Wij vinden dat de patiënt een partner in de zorg moet zijn

en dat doel is met de Longzorgmeter en de (patiëntenversie) Zorgstandaard weer een beetje dichterbij."

Meer informatie?

Longzorgmeter: www.longzorgmeter.nl

Vragen over de Longzorgmeter?

Mail naar Longzorgmeter@astmafonds.nl

Pakket 'samen voor de beste longzorg':

www.astmafonds.nl/samen

Patiëntenversie Zorgstandaard COPD:

www.astmafonds.nl/zorgstandaardCOPD

Help mee de zorg te verbeteren

Als zorgverlener speelt u, met de patiënt aan uw zij, een grote rol in het verbeteren van de zorg. Helpt u mee de zorg te verbeteren? Gebruik dan het pakket 'Samen voor de beste longzorg'.

Als longarts heeft u half juni dit pakketje opgestuurd gekregen. Naast een folder met informatie voor u als zorgverlener, bevat het pakket twee materialen die u aan de patiënt kunt meegeven:

- informatie over de Longzorgmeter in de vorm van ansichtkaarten
- een foldertje met uitleg over de patiëntenversie Zorgstandaard COPD en hoe COPD-patiënten deze gratis kunnen bestellen.

Heeft u het pakket niet gehad? Of wilt u gratis extra materialen bestellen?

Kijk dan op www.astmafonds.nl/samen



Vera Bonta Prijs 2011

voor wetenschappelijk onderzoek naar longkanker

Het bestuur van de Emil Starckenstein Stichting nodigt wetenschappers uit mee te dingen naar de Vera Bonta Prijs voor wetenschappelijk onderzoek naar longkanker. De tweejaarlijkse prijs is ingesteld ter stimulering van onderzoek op dit gebied en bestaat uit een bedrag van € 6000,-, een oorkonde en een legpenning. De prijs zal worden uitgereikt tijdens het

13^e Nationale Longkankersymposium in de Koepelkerk in Amsterdam in januari 2011 aan een jonge Nederlandse of Belgische wetenschapper, die zich heeft onderscheiden door fundamenteel, klinisch of epidemiologisch onderzoek. De firma Lilly Oncology is bereid gevonden om de prijsuitreiking met een grant te ondersteunen.

Degenen die voor de prijs in aanmerking wensen te komen, worden verzocht vóór 15 oktober 2010 een beschrijving van het onderzoek en een Curriculum Vitae, evenals een toelichting over het wetenschappelijk werk door een referent, in vijfvoud te sturen naar de voorzitter van de jury, Dr. E.H.J. van Haren, longarts, Atrium Medisch Centrum, H. Dunantstraat 5, 6419 PC Heerlen.

Alles wat u wil weten over biologicals

Op 19 maart 2010 vond in Maastricht een symposium over biologicals plaats in het Derlon Theater georganiseerd door prof. dr. Marjolein Drent namens de ild care foundation samen met de stichting WASOGBAL2011 foundation en prof. dr. Jan Willem Cohen Tervaert, beiden werkzaam in het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC). Biologicals hebben de afgelopen jaren voor een doorbraak gezorgd bij de behandeling van patiënten met ernstige chronische ziekten. Voor veel specialisten geldt dat zij vroeg of laat met biologicals te maken krijgen. Het indicatiegebied breidt zich nog steeds uit, evenals de beschikbare middelen. Het programma stond in het teken van deze nieuwe ontwikkelingen en behandelmogelijkheden en was bedoeld om medisch specialisten te informeren over de beschikbare middelen, indicaties, contra-indicaties, bijwerkingen en risico's op ondermeer infecties. Goede afspraken en het belang van een multidisciplinaire begeleiding van patiënten, die worden behandeld met biologicals, is cruciaal. In deze samenvatting worden een aantal sailante aspecten aan de orde gesteld.

Opening

Het symposium werd geopend door prof. dr. Martin Paul, decaan van Faculty of Health, Medicine and Life Sciences van de Universiteit van Maastricht en vice president van de Executive Board van het MUMC+ te Maastricht. Hij is tevens klinisch farmacoloog. In zijn inleiding gaf hij aan dat met de komst van biologicals ook het aantal therapeutische mogelijkheden groeide. Het geeft nieuwe uitdagingen, maar heeft ook consequenties. Naast veiligheidsaspecten, wat doen biologicals met het immuunsysteem, speelt het kostenaspect ook een belangrijke rol. Het onderzoek bij biologicals is nog complexer dan onderzoek naar de traditionele geneesmiddelen. Aan de ene kant wordt de gezondheidszorg steeds complexer, aan de andere kant worden de patiënten steeds assertiever en verwachten de beste behandeling. We zullen dan ook in de komende tijd de therapie dienen te verbeteren en personaliseren. Personalized of wel individualized medi-

cine wordt steeds belangrijker en kan ook worden verbeterd met behulp van de beschikbare kennis vanuit farmacogenomics.

Biologicals

Prof. dr. Jan van de Winkel van de afdeling immunologie van het UMC Utrecht gaf in zijn voordracht een overzicht van de ontwikkeling van biologicals en de behandelmogelijkheden.

Tot de biologicals worden velerlei soorten middelen gerekend die als gemeenschappelijk kenmerk hebben, dat ze geproduceerd of geëxtraheerd worden uit een biologische bron. Momenteel zijn meer dan 250 biologicals op de markt in diverse vormen, zoals recombinant bloedproducten, monoklonale antistoffen, hormonen, groeifactoren, cytokines en vaccins. Biologicals worden bij velerlei ziekten toegepast.

Indrukwekkend in het afgelopen decennium zijn de ontwikkelingen van monoklonale antistoffen, die toegepast in diverse behandelingschema's een doorbraak gaven bij meerdere indicaties. De toepasbaarheid bevat een brede range van aandoeningen zoals kanker, chronische inflammatoire ziekten, afstotingsreacties bij transplantaties en bij infecties. Monoklonale antistoffen (mAbs) zoals trastuzumab, rituximab en infliximab zijn specifiek werkzame therapeutica die een significante en langdurige klinische verbetering kunnen bewerkstelligen. Ondanks deze aanzienlijke vooruitgang is er voldoende ruimte voor verdere verbeteringen. Er zijn subgroepen van patiënten die niet of onvoldoende op deze antistofbehandeling reageren. Het onderzoek naar biomarkers heeft aangetoond dat behandelresultaten afhankelijk kunnen zijn van de expressie en de situatie van targetmoleculen, waardoor bepaalde biomarkers voorspellende waarde hebben voor het gewenste resultaat van de behandeling. Evenals andere therapeutische eiwitten kunnen deze antistoffen immunogeen zijn en ook weer een immunologische anti-antistof reactie op gang brengen waardoor bijwerkingen ontstaan en het gewenste resultaat van de behandeling met de geïnjecteerde

antistof wordt geneutraliseerd. De eerste monoklonale antistoffen werden ontwikkeld bij muizen en soms bij ratten en veroorzaakten frequent tot zelfs ernstige anafylactische reacties. De laatste jaren kunnen volledig humane antistoffen worden geproduceerd. Hierbij wordt veelal gebruik gemaakt van transgene muizen waarbij de muis antigenen in de geproduceerde antistoffen zijn geïnactiveerd.

Het zal duidelijk zijn dat de ontwikkeling van werkzame uiterst specifieke humane antistoffen tegen specifieke targets nu mogelijk is door jarenlang intensief wetenschappelijk onderzoek van celsystemen en celbiologie. Bovendien zijn specifieke antistoffen slechts effectief bij bepaalde ziektes waar het specifieke target een bepalende rol vervult. Dit alles maakt dat de ontwikkeling en productie van deze therapeutische monoklonale antistoffen ontzettend duur zijn en slechts bij kleine groepen patiënten kunnen worden toegepast. Bij een kleine markt zal de antistof ook op langere termijn duur blijven. Het moge ook duidelijk zijn dat deze ontwikkeling van grote invloed is op het budget van de gezondheidszorg. Hierop wordt later in de discussie nog teruggekomen.

Infectieziekten en biologicals

Prof. dr. Roel Coutinho, directeur van het RIVM, gaf een presentatie over opduikende infectieziekten waarbij hij speciaal aandacht schonk aan de mogelijke rol van biologicals bij de beïnvloeding van de afweer bij de gastheer. De afgelopen eeuwen is het voorkomen van infectieziekten in Nederland drastisch verminderd en ook zijn ziekten (vrijwel) uitgebannen door hygiënische maatregelen, vaak afgedwongen door gezondheids wetten en wetten tegen besmettelijke ziekten. Men denke hierbij aan cholera, pokken, roodvonk, difterie en tuberculose. Als doodsoorzaak in Nederland is een infectieziekte relatief zeldzaam maar er zijn maatschappelijke factoren die hierop invloed kunnen hebben dus waakzaamheid blijft geboden. Factoren hierbij kunnen zijn de groei van de popu-

latie, het maken van grote verre reizen, wereldklimaatverandering, oorlogen en sociale ontregelde toestanden, het ouder worden van de bevolking, toegenomen gevoeligheid voor infecties door HIV en immunosuppressie, onjuist gebruik van antibiotica en bij bioterrorisme. Als voorbeelden van infectieziekte waar de afgelopen tijd veel om te doen was en het belang voor de volksgezondheid in het geding was, werd kort ingegaan op enkele voorbeelden zoals de Mexicaanse griep, de BSE epidemie in het Verenigd Koninkrijk in de jaren 90, het voorkomen van resistente stafylococci bij varkens en varkenshouders en momenteel de Q-koorts epidemie veroorzaakt door besmette geiten in Brabant. Duidelijk is dat de interactie tussen mens en dier een onvoorspelbare rol vervult bij het ontstaan van infectieziekten bij mensen en de verspreiding hiervan en de gevolgen voor de volksgezondheid. Gezien het focus op biologicals in dit symposium wees prof. Coutinho op de mogelijk verhoogde gevoeligheid voor infecties bij patiënten behandeld met biologicals, zoals met TNF- α -blokkers. In hoeverre dit consequenties kan hebben voor de volksgezondheid is vooralsnog onduidelijk.

De conclusies van deze voordracht waren dat opduikende infectieziekten vaak zoonosen afkomstig van besmette dieren zijn. Verhoogde gevoeligheid van de mens wordt vaak genoemd als drijvende factor voor opduikende infecties. Dit is bewezen voor HIV/AIDS. Biologicals kunnen het individuele risico voor infecties verhogen. Er zijn tot nu toe geen aanwijzingen dat het breder gebruik van biologicals consequenties kan hebben voor de volksgezondheid.

Belang biologicals voor de patiënt

Mevrouw dr. Els Borst-Eilers sprak als voorzitter van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK). Haar voordracht ging over de betekenis van biologicals voor de behandeling van kanker waarbij zij met nadruk aandacht besteedde aan het belang van de patiënt. De nieuwe behandelmogelijkheden met biologicals bieden nieuwe dimensies. Biologicals zijn specifiek gericht tegen de drijvende factoren van de tumorcel en hebben daarmee meer het karakter van lokale therapie in vergelijking met de cytostatica die gepaard gaan met afge-

me bijwerkingen. Er zijn momenteel 2 typen biologicals die bij kanker worden toegepast: de monoklonale antistoffen bij tumoren van de mamma, darm, long en nier en de kinasenremmers bij tumoren van long, darm, nier en lever. Ze worden toegepast als monotherapie of in combinaties van biologicals of samen met cytostatica. Het effect dat bereikt wordt met deze therapie is een evidente levensverlenging en een verbetering van de kwaliteit van leven. Voorbeelden hiervan zijn: trastuzumab bij het mammacarcinoom met overexpressie van Her-2 / neu gen in tumorcellen, cetuximab bij darmkanker van cellen zonder mutatie Kras gen en erlotinib bij longkanker met mutatie van de EGF-receptor. Voorspellende testen voor biomarkers zijn nodig om het resultaat van de behandeling te voorspellen in het belang van de patiënt en gezien de relatief hoge kosten. Het lange en dure ontwikkelingstraject van in het algemeen zo'n tien jaar en de beperkte doelgroep maken dat het product duur is en op termijn niet snel goedkoper kan worden. Voor dure geneesmiddelen bestaat in Nederland een beleidsregel die voorziet in een vergoeding van 80 % van de geneesmiddelprijs, als voldaan wordt aan de volgende voorwaarden: het middel moet voor deze indicatie zijn geregistreerd, het College voor Zorgverzekeringen moet een positief oordeel afgeven hebben over de meerwaarde van het middel en indien er een kostendrempel van minstens 5 % van het geneesmiddelenbudget van het ziekenhuis wordt overschreden. De NFK hanteert het volgende standpunt: goedkoop waar het kan, duur waar het moet. Gelijke patiënten hebben het recht op een gelijke behandeling. Om dit te realiseren moet de 80% vergoeding omhoog naar 100%.

Als plan van aanpak bracht mevrouw Borst het volgende voorstel in om de beschikbaarheid van de dure biologicals voor patiënten te garanderen. Overleg dient al in een vroeg stadium plaats te vinden met alle betrokken veldpartijen: behandelaars, regulerende organisaties, patiëntenverenigingen en de producent. In dit overleg moet men de meerwaarde van een nieuw middel inschatten met afwegingen van de levensverlenging en kwaliteit van leven versus de kosten met als doel te bepalen al dan niet verder

te gaan. Bij verder gaan moeten dan prijsafspraken worden gemaakt op basis van de performance van het product en zondig kunnen er afspraken worden gemaakt over klinische studies in groter nationaal of internationaal verband. Het voorstel van de NFK alsmede het voorstel voor het plan van aanpak vormden de basis voor de paneldiscussie.



Casuïstiek

Na de lunch voerde prof. dr. Marjolein Drent een gesprek met een ervaringsdeskundige de heer Harmen Wenselaar. Hij vertelde helder wat het voor hem betekent om sarcoïdose te hebben en wat dat sociaal en maatschappelijk voor hem en zijn gezin voor gevolgen heeft gehad. Zijn kwaliteit van leven was dusdanig aangetast dat hij niet meer normaal kon functioneren en hij leefde bij de dag. Nadat hij gestart was met de behandeling met biologicals (anti-TNF-therapie in de vorm van Infliximab en later Adalimumab) is hij enorm opgeknapt, kan hij meer en belangrijker: hij maakt weer plannen en kijkt weer naar de toekomst (zie een uitvoerig verslag van zijn verhaal op pagina 6-8 van *ild care today* juni 2010; of op www.ildcare.eu onder *ild care today*).

Biologicals: uitkomst voor de patiënt, maar wie betaalt de prijs?

De paneldiscussie met dit thema vond plaats onder voorzitterschap van Felix Rottenberg die zichzelf positioneerde als geïnteresseerde patiënt. Verder waren als deelnemers aanwezig: drs. Guy Peeters, (voorzitter van de raad van bestuur van het Maastricht UMC), drs. Joop Hendriks (voorzitter van de raad van bestuur van het Bronovo ziekenhuis Den Haag, voormalig medisch directeur van AGIS), drs. Joël Gijzen (medisch directeur care CZ Tilburg), dr. Els Borst, dr. Bart van der Lelie (directeur Nederland,

Schering-Plough), drs. Patrick Kruger (senior beleidsmedewerker vergoedingen en doelmatigheid van het ministerie van VWS) en dr. Julius van Dam, ziekenhuisapotheker en adviseur Menzis.



Nadat iedere spreker vanuit zijn of haar eigen achtergrond een toelichting had gegeven over de huidige aanpak met dure geneesmiddelen en de problematiek voor de kosten bij de bestaande mogelijkheden om patiënten volgens hedendaagse inzichten optimaal te behandelen, bleek dat deze aanpak geregeld vertragen veroorzaakt en veel drempels oproept. Het gevolg is dat bepaald niet iedere patiënt optimaal behandeld wordt. Na een zeer levendige discussie bleek men zich het best in het voorstel van mevr. Borst te kunnen vinden met de aantekening dat een dergelijk voorstel de instemming behoeft van de regering. Mevr. Borst bleek met een brede delegatie van behandelaars en patiënten in overleg te zijn met het ministerie van VWS. Indien de voortgang zou haperen

was ze nadrukkelijk van plan de vaste commissie voor gezondheidszorg van de tweede kamer te benaderen. Gezien de demissionaire status van de huidige regering verwachtte ze een onvermijdelijke vertraging in dit proces van overleg, maar hoe dan ook was ze standvastig van plan om deze zaak in het belang van de patiënt verder te brengen.

Een ziekenhuis opname in 1918 geïllustreerd door Isaac Israëls.

De middag werd afgesloten door prof. dr. Chris van Weel, hoogleraar huisartsengeneeskunde aan de Universiteit van Nijmegen.

Isaac Israëls (1865 – 1934) werd op de laatste dag van 1918 in het Haagse Zuidwal ziekenhuis opgenomen voor een operatie aan zijn voeten. Gedurende zes weken was de impressionist vervolgens aan zijn ziekenhuisbed gekluisterd. De druk om te tekenen en schilderen bleef onverminderd bestaan, hoewel hij als schilder ède straat als zijn atelieri beschouwde. Aan de opname herinnert een schetsboek (van den Nieuwenhof M (met een bijdrage van C. van Weel). Isaac Israëls in het ziekenhuis. Nijmegen, BnM Uitgevers, 2006), dat een aardig beeld geeft van het ziekenhuis aan het begin van de 20^e eeuw. Het geeft ook de invloed van het ziek en gehandicapt zijn op het artistiek functioneren weer: straat tafereel en café scènes werden vervangen door verpleegkundigen aan het bed. Dat èhanden aan het bedi meer inhield dan louter fysiek-instrumentele zorg, blijkt uit de wijze waarop de verpleegkundigen poseren: bij het maken van een praatje,

het uitvoeren van verstelwerk aan het beddengoed, of het spelen van een partijtje schaak. Het schetsboek bleef gesloten op zijn atelier, waar het na het plotseling overlijden van Israëls op 7 oktober 1934 tot de inventaris behoorde. In 2007 werden twee tentoonstellingen gewijd aan het schetsboek, in Nijmegen en Den Haag, waarbij het ook werd gerestaureerd. Momenteel is het schetsboek in bruikleen in het museum Het Valkhof in Nijmegen.

Afsluiting

Tenslotte werd het symposium afgesloten door prof. dr. Marjolein Drent. Zij bedankte de sprekers, deelnemers aan de discussie en de voorzitters, evenals de sponsors en de directie van het Derlontheater. Ze riep alle deelnemers op ook in juni 2011 naar het tiende wereldcongres van de WASOG te komen.



Verslag:
prof. dr. Kees L.A. van Herwaarden,
emeritus hoogleraar longziekten

Punten Datum Nascholing

31

Juni 2010

5	1	Symposium Samenwerken & Onderzoeken - Zeist (NL)
4	3	STIMEDIC Basis - Ede (NL)
20	4	American Society of Clinical Oncology (ASCO) - Chicago (US)
-	6	De Nederlandse Avond - Chicago (US)
3	9	ASCO TeleReview® 2010 - Amsterdam (NL)
3	9	ASCO TeleReview® 2010 - Nieuwegein (NL)
3	9	ASCO TeleReview® 2010 - Rotterdam (NL)
3	9	ASCO TeleReview® 2010 - Zwolle (NL)
5	9	Stoppen met roken poli - Amsterdam (NL)
4	10	New insights into pulmonary infectious diseases - Rotterdam (NL)
2	14	Pathophysiological Insights to Guide Novel Therapies in Pulmonary Arterial Hypertension - Amsterdam (NL)
2	15	'COPDdevelopment' minisymposium voor longartsen - Roosteren (NL)
3	15	Landelijke Slotbijeenkomst LongkankerZorg Steeds Beter - Ede (NL)
3	17	IKW/IKR Symposium Hersenmetastasen - Leiden (NL)
2	17	Nierinsufficiëntie, Electrolytstoornissen en Metabole Ontregelingen op de IC - Ede (NL)
5	17	Symposium "Chronisch respiratoir falen; een therapeutische uitdaging" - Amersfoort (NL)
-	17	Symposium Consultatie 'It takes two to tango' - Utrecht (NL)
2	18	Nierinsufficiëntie, Electrolytstoornissen en Metabole Ontregelingen op de IC - Ede (NL)
2	23	Post-ATS Highlights Symposium - Amersfoort (NL)
2	24	Bijeenkomst diagnostiek en behandeling PAH in de regio - Ede (NL)
12	24	Nederlandse Tuberculose Diagnostiek Dagen 2010 - 3721 MA Bilthoven (NL)
3	25	Post ASCO Longoncologie - Garderen (NL)
3	29	Diagnostiek bij vermoeden van een afweerstoornis - Amsterdam (NL)
15	30	COPD7 - Birmingham (GB)
2	30	Pro-con discussiebijeenkomst "van GOLD naar Platinum; GOLD richtlijnen zijn ongeschikt voor het maken van afspraken over ketenzorg" - Valkenburg (NL)

September 2010

3	16	Diagnostiek bij vermoeden van een afweerstoornis - Nijmegen (NL)
20	18	ERS - Barcelona (ES)
5	24	SFG symposium Astma en COPD - Rotterdam (NL)

Oktober 2010

16	4	Basiscursus Duikgeneeskunde voor longartsen - Kubu (ID)
10	7	The 8th Symposium on Specific Allergy 2010 - Parijs (FR)
12	7	TOPICS Tabaksverslaving en motiverende gespreksvoering 7 en 8 oktober 2010 - De Lutte (NL)
6	8	Ledenvergadering NVALT
i.a.	27	Regionale Multidisciplinaire Deskundigheidsbevorderingbijeenkomst voor medisch-technische medewerkers, sociaalverpleegkundigen en tuberculoseartsen, regio Zuid-Holland 2010 - Delft (NL)
20	29	Chest - Vancouver (CA)

Punten Datum Nascholing

November 2010

10	4	Ergometrie cursus 2010 - Amsterdam (NL)
20	18	Bronkhorst Colloquium Veldhoven
3	25	Diagnostiek bij vermoeden van een afweerstoornis - Utrecht (NL)

December 2010

6	17	5e Amsterdam Longchirurgie symposium; Concepts, Changes and Challenges - Amsterdam (NL)
---	----	---

Juni 2011

15		WASOG 10th meeting and 12th BAL conference - Maastricht
----	--	---

E-Learning / Individuele Nascholing

4		Behandeling tabaksverslaving in de longartspraktijk
1		Behandeling van huiduitslag bij EGFR remmers
1		Bevacizumab bij de behandeling van NSCLC
1		EGFR en de behandeling van longcarcinoom met TKI's
4		e-learning: 11e Nationale Longkanker Symposium
1		e-learning: 12e Nationale Longkanker Symposium
1		Histology Matters
1		Innovaties bij gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom: angiogeneseremmers
1		Innovaties bij gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom: EGF-tyrosinekinase remmers bij het NSCLC
1		Longcarcinoom en andere thoracale tumoren
1		Longcarcinoom en andere thoracale tumoren - module 2
1		Longcarcinoom en andere thoracale tumoren - module 3
2		On- demand webcast ASCO TeleReview® 2010
1		OncoMotief 13 Endobronchiale palliatieve behandeling
1		OncoMotief 18 Klein Vlekje
6		Online nascholing Moleculaire Longoncologie
1		Pathofysiologie, epidemiologie en prognose van Pulmonale Hypertensie (PH)

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

33

hoofdsponsors

