

Dr. Bernard Hepp  
Geneesheer-Directeur Generaal  
Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle  
RIZIV  
Tervurenlaan 211  
1150 Brussel

Ref.: ***Doelmatig gebruik van longfunctietesten***

Hooggeachte Heer Directeur-Generaal,

Verschillende van onze collegae mochten van u een schrijven ontvangen in verband met het doelmatig gebruik van longfunctietests. Wij begrijpen de goede bedoelingen die achter dit schrijven schuil gaan, met name de kosten van de ziekteverzekering te beheersen, een bezorgdheid die wij overigens allen delen. Wij zijn ook goed op de hoogte van het rapport van het kenniscentrum, niet alleen van de inhoud van dit rapport, maar ook van zijn genese en het ontwikkelingsproces, waaraan een reeks eminente experts vanuit onze beroepsgroep hun medewerking hebben verleend. Wij willen verder ook benadrukken dat wij als beroepsgroep zeker zullen medewerken aan rechtmatige inspanningen om de kosten van de ziekteverzekering te beheersen. Niettemin is het belangrijk dat voor het vaststellen van mogelijk ondoelmatig gebruik een juiste methodologie wordt gebruikt. Immers indien uit bepaalde observaties een onjuiste conclusie zou getrokken worden, zal het gevolg zijn dat rechtmatige tests die nodig zijn om tot een juiste diagnose te komen niet meer zullen uitgevoerd worden met alle desastreuze potentiële gevolgen daarvan. Immers lezen we in het rapport van het Federaal Kenniscentrum<sup>1</sup> ..."Longfunctiestesten zijn daarbij onontbeerlijk vermits ze bijkomende testen of behandeling zullen sturen." U merkt overigens in uw brief terecht op dat "...wij de specifieke omstandigheden waarin deze onderzoeken werden uitgevoerd niet kennen.."

De door u gebruikte methodologie voor monitoring berust eigenlijk op drie essentiële elementen. **Ten eerste, is er een toename van het aantal tests.** Uit het rapport van het kenniscentrum blijkt dat het aantal longfunctietests in de loop van 10 jaar verdubbeld is (Figure 2 van het rapport van het Kenniscentrum)<sup>1</sup> en dat deze toename vooral te wijten is aan een toename van de bepalingen: diffusiecapaciteit, residuaal volume en ventilatiemechanica. Hoewel een dergelijke belangrijke

toename op het eerste gezicht op ondoelmatig gebruik zou kunnen wijzen, dienen hierbij toch een aantal belangrijke kanttekeningen gemaakt te worden. Zo kan een spirometrie in isolatie vaak niet correct geïnterpreteerd worden zonder concomitante longvolumes en is voor aandoeningen zoals COPD, interstitiële longziekten, respiratoire spieraandoeningen en pulmonale hypertensie vaak ook een diffusiecapaciteit nodig gezien de aantasting van deze laatste vaak niet gerelateerd is aan de spirometrische abnormaliteiten. Dit is overigens de basis voor de tabel op blz. vii en blz. 61 van het hoger vermelde rapport<sup>1</sup>. Bij de meeste aandoeningen is niet één enkele test aangewezen, maar een batterij testen omdat de diagnostische waarde zeer dikwijls zit in het patroon van afwijkingen in deze batterij veel meer dan in de afwijkingen van één enkele test. Verder is het aantal longartsen de voorbije 10 jaar duidelijk toegenomen (van 279 in 1998 tot 445 in 2008). Dit heeft de kwaliteit van de zorgen op gebied van longaandoeningen zonder enige twijfel bevorderd, maar heeft er zeker ook toe geleid dat nu in bepaalde regio's—terecht- gespecialiseerde tests uitgevoerd worden voor de diagnose van longziekten waar dit vroeger niet of nauwelijks het geval was. In deze context dient trouwens opgemerkt dat slechts 60% van de longfunctiestests door longartsen uitgevoerd worden (Figure 4)<sup>1</sup>. Dit is dan ook de reden waarom onze Vereniging sinds lang ijvert voor het beperken van het longfunctie-onderzoek tot onze beroepscategorie waar nu nog steeds 30% van de tests uitgevoerd worden door internisten en 10% door cardiologen (Figure 4)<sup>1</sup>. Het lijkt ons een eerste en logische stap van kostenbeheersing te zijn om de toegang tot longfunctie-onderzoek te beperken tot pneumologen. Dit zou al veel van de slecht uitgevoerde en overbodige tests vermijden.

Daarnaast was er een belangrijke aanbeveling van het kenniscentrum dat feedback enerzijds en navorming anderzijds belangrijke hoekstenen van een beleid zijn; juist op het vlak van nascholing, discussie en reflectie zijn door de beroepsgroep al aanzienlijke inspanningen geleverd. Die items zijn geregeld aan de orde zowel op wetenschappelijke vergaderingen als in LOK's; een jaarlijkse discussie in de LOK kan nog meer expliciet als aanbeveling worden geformuleerd. Het kenniscentrum vond onvoldoende studies die het gebruik van longfunctietests beoordelen in een situatie die uitgaat van een symptoom als kortademigheid of hoest: echter is juist die situatie net zo frequent in de 2<sup>e</sup> lijn, en mag ook nooit vergeten worden dat een voorafgaande diagnose door een nieuwe diagnose of pathologie kan worden gecompliceerd.

Zeer veel longfunctietests gebeuren bij oudere personen: een relatief gebrek aan coöperatie maakt juist in die groep het combineren van verschillende tests (vb. spiro, weerstand én residu) waardevol als men toch een zo goed mogelijke uitspraak wil doen over de gezondheidstoestand. Terwijl voor studies waarnaar het kenniscentrum verwijst juist vooral jongere patiënten met weinig

geassocieerde pathologie geselecteerd werden, zullen in een oudere populatie meerdere tests die naar elkaar correleren juist vaker noodzakelijk zijn.

Terwijl het kenniscentrum oproept tot financiële incentives om het gebruik van longfunctietests doelmatiger te maken, blijft het onduidelijk of het stimuli dan wel ontmoedigende maatregelen moet betreffen; in elk geval blijkt de revalorisatie van de intellectuele acten die sommige deelgebieden van de inwendige geneeskunde ten deel zijn gevallen (toezicht bij hospitalisatie voor de specialist inwendige ziekten, MOConsult voor de medisch oncoloog, geriatrisch consult en -toezicht bij hospitalisatie, revalorisatie reumatologie ...) aan de pneumoloog voorbij te zijn gegaan, ondanks de aanzienlijke intellectuele inzet bij het beoefenen van de pneumologie in al haar facetten.

**Ten tweede zijn veel van deze tests combinaties van tests.** Dit lijkt perfect logisch en in de lijn van het rapport van het kenniscentrum<sup>1</sup> (zie hierboven). De diagnostische waarde ligt dan ook vaak in de combinatie van tests veeleer dan in één bepaalde test. Het gebruik van het % combinaties van tests als parameter voor ondoelmatig gebruik lijkt dan ook, hoewel het op het eerste gezicht intuïtief logisch lijkt, niet gevalideerd en een niet-discriminatief gebruik van deze parameter kan op termijn de diagnostische waarde van longfunctie-onderzoek ondermijnen. Wij blijven bereid om constructief mee te werken aan het ontwikkelen van valabele parameters die op ondoelmatig gebruik zouden kunnen wijzen.

**Ten derde is er de repetitie van tests in een periode van 9 maanden.** De goede klinische praktijk voor de opvolging voor longziekten vereist in vele gevallen longfunctie-onderzoek. Zo worden patiënten met COPD vaak om de 6 maanden onderzocht, bij patiënten met interstitiële longziekten is dit gezien de vaak snelle deterioratie van deze patiënten vaak nog frequenter. Wij begrijpen dan ook niet wat de validiteit is van de gebruikte parameter uitvoering van onderzoek in de laatste 9 maanden.

Wij hopen dat de hoger vermelde elementen u helpen om nieuwe parameters te ontwikkelen die wel éénduidig gebonden zijn met ondoelmatig gebruik. Wij zijn ook bereid om u hierbij op een constructieve manier bij te staan. Wij zouden u overigens ten stelligste aanraden om opvolgingsparameters te ontwikkelen in samenspraak met de experts in het terrein om ongewenste effecten te voorkomen.

In deze context zullen wij u in de loop van de volgende dagen contacteren voor een gesprek.

Met vriendelijke groeten,

Leden van Bestuur BvP

Prof. Dr. B. Buyse

Dr. D. Galdermans

Prof. dr. G. Joos

Prof. Dr. G. Liistro

Prof .dr. R. Louis

Dr. A. Van Meerhaeghe

Prof. dr. G. Verleden

Leden van Bestuur Forum Vlaamse Longartsen

Dr. J. Aumann

Dr. L. Bedert

Dr. J. Bockaert

Prof. dr. M. Decramer

Prof. dr. E. Derom

Dr. P. Germonpré

Dr. C. Haenebalcke

Dr. J. Lamont

Dr. H. Slabbynck

Dr. M. Thomeer

Dr. P. Van den Brande

Prof. Dr. J. van Meerbeeck

Prof. Dr. G. Verleden

Prof. dr. W. Vincken

Leden van Bestuur Beroepsverenigingen Pneumologie

Dr. R. Deman

Dr. J. Lamont

Dr. D. Van Renterghem

Diensthoofden Unversitaire Diensten Pneumologie

Prof. dr. W. De Backer

Prof. dr. M. Decramer

Prof. dr. L. Delaunois

Prof. dr. P. De Vuyst

Prof. dr. G. Joos

Prof. dr. R. Louis

Prof. dr. V. Ninane

Prof. dr. Rodenstein

Dr. A. Van Meerhaeghe

Prof. dr. W. Vincken

---

<sup>i</sup> 1. "Longfunctietesten bij volwassenen."

KCE reports 60A. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2007.