
PULMO *Script*

Officieel orgaan van de NVALT

Jaargang 22, nummer 3, september 2011



In dit nummer:

- Eerste Hart-Long Hulp in Alkmaar
- Najaarsvergadering 7 oktober
- De BIRD studie

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. Y. Heijdra
Dr. H.J. Pennings
Mevr. T. de Baaij
Mevr. W. Vlug

Uiterste datum voor insturen kopij nr. 4: 15 november 2011

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
Programma NVALT Najaarsvergadering 7 oktober 2011	
- Agenda Huishoudelijk programma	6
- Agenda Wetenschappelijk programma	7
- Jaarverslag 2010	8
NVALT ledenvergadering 15 juni 2011 te Maastricht	
- Notulen huishoudelijke vergadering	27
- Abstracts lezingen wetenschappelijk	30
- Bird Studie	32
- Eerste hart-long hulp Alkmaar	34
Commissies, secties en werkgroepen	
Vanuit de Sectie Assistenten	
- Assistentendag 2011	36
Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculose bestrijding (VvAwT)	
- Programma Studiedagen VvAwT	38
Pulmopen	
De longarts als spin in het web, Remco Djamin	40
Nascholing	
Proefschrift Jorien Hannink	
- Dynamic Effect of COPD In and beyond the lung	41
Proefschrift Jossy van den Boogaard	
- Een integrale benadering van het probleem van therapie-ontrouw in de tuberculose behandeling	44
Ingezonden	
Taskforce Kwaliteitskoepel	46
WASOG BAL congres 2011	47
Symposium Palliatieve Zorg	50
My EBMSearch	52
iPulmonologist	53
Personalia	
- Kandidaat-leden	54
- Nieuw benoemde longartsen	56
- Nieuwe rustende leden	56
Congresagenda	57

Bij de voorplaat: Vanaf 2700 meter heeft een kwart van de mensen die een berg beklimmen last van hoogteziekte. Boven 3700 meter is het raadzaam zuurstof mee te nemen om een onverwachte aanval te kunnen behandelen. De ernst van de ziekte hangt af van de hoogte en de snelheid waarmee men van laag naar hoog gaat. In 1978 klommen Reinhold Messner en Peter Habeler als eersten zonder extra zuurstof naar de top van de Mount Everest (8848 meter).

Ten geleide

Beste lezers,

Hierbij weer een Pulmoscript vol interessante artikelen. Klaar voor een frisse start na de vakantie. We gaan er weer een goed jaar van maken. De eerste NVALT wetenschappelijke en huishoudelijke vergadering is op 7 oktober. Ik hoop dat wij dan veel leden kunnen begroeten. Er ligt een mooi programma voor u klaar. 's Morgens heeft de werkgroep ademhalingsstoornissen tijdens slaap een aantal voordrachten die, hebben ze mij beloofd, ook zeker interessant zullen zijn voor de algemene longarts. 's Middags houden 3 assistenten een voordracht en ook zij verdienen een goed gehoor.

Ik denk dat de scholing in ons eigen land van hoog niveau is en daar sluit de nieuw ontwikkelde website van i-pulmonologist.nl, die bedoeld is voor kennisuitwisseling goed bij aan. Richard Dekhuijzen schrijft hierover elders in de Pulmoscript. Ook MyEBMsearch, een zoekprogramma toegankelijk voor longartsen via de NVALT

website helpt ons up-to-date te blijven. Twee proefschriften van Nijmeegse bodem worden besproken. Het proefschrift van Jorien Hannink, waarbij ik zeer nauw betrokken was als co-promotor, gaat over enerzijds de systemische effecten van COPD en anderzijds over hyperinflatie van de long waarbij vooral de ADL-gerelateerde hyperinflatie, een voor de patiënt zeer dankbaar onderzoeksgebied is met straks hopen wij directe consequenties. In het proefschrift van Jossy van den Bogaard wordt de therapie ontrouw bij tbc op integrale wijze benaderd. Beide stukken zijn het lezen zeer waard. In de PulmoPen wordt door Remco Djamin een lans gebroken voor een andere benadering van de COPD zorg dan nu voorgesteld door overheid en ziektekostenverzekeraars. Vorm Uw eigen mening daarover. Dat de longarts een spin in dit web zou moeten zijn ben ik geheel met hem eens.

De oprichting van de werkgroep palliatieve zorg is een feit. Op 11 mei 2012 zal

het eerste longartsen symposium over dit onderwerp plaats vinden. Het belooft een leerzame dag te worden, het programma staat in dit nummer.

Kwaliteit en veiligheid, hoe wordt het beter gegarandeerd. Collega Jukema vertelt over de eerste stappen.

De landelijke assistentendag was leerzaam, nuttig en ook erg leuk. Eigenlijk zouden nog veel meer assistenten hier acte de presence moeten geven!

Onze voorjaarsvergadering was bijzonder. In combinatie met de WASOG BAL congres werd een uitstekend programma verzorgd. Een verslag van de daar gepresenteerde BIRD studie, een verslag van de eerste hart-long hulp in Nederland, de presentatie van prof M. Drent, prof U. Costabel, prof B. Baughman en prof G.J. Wesseling en een verslag van het WASOG congres zelf vindt u in deze pulmoscript. Ik wil u weer veel leesplezier toe wensen.

Yvonne Heijdra,
wetenschappelijk secretaris NVALT

Van de Bestuurstafel

Beste lezers,

Net terug van een geslaagde vakantie in Italië mocht ik de inhoud van de nieuwe Pulmoscript redigeren. Een van de eerste dingen die daarbij prominent in het oog sprong, was het omvangrijke jaarverslag van de NVALT. Het is bijna niet te geloven als je ziet wat er door de diverse commissies en werkgroepen het afgelopen jaar weer gepresteerd is. Wij kunnen als vereniging trots zijn op de betrokkenheid van onze leden bij de diverse commissies en werkgroepen, die nog steeds het hart van onze verenigingsactiviteiten vormen. Daarnaast valt op dat de wetenschappelijke output van bijvoorbeeld de werkgroepen Oncologie en Mesotheliomen inmiddels een forse omvang bereikt heeft; dit toont weer aan dat samenwerkingsverbanden de basis voor toekomstig onderzoek zijn, zeker bij fase III studies. In dit opzicht blijkt de oprichting van de Stichting NVALT studies volledig aan zijn doel te voldoen. Als je daarbij bedenkt dat de samenwerking van de werkgroepen met de NRS nog slecht mondjesmaat verloopt, kan gerust gesteld worden dat er binnen longgeneeskundig Nederland nog tal van onbenutte potentie aanwezig is. In dit opzicht ben ik zeer benieuwd hoe de gemeenschappelijke "Longweek" in april 2012 zal verlopen.

U was reeds op de ledenvergadering van juni bijgepraat over de status van de vergoeding van Roflumilast; helaas heeft het

ministerie van VWS ons inmiddels definitief laten weten niet af te willen wijken van de beoordeling van het College voor Zorgvoorzieningen; het is te betreuren dat men de inzet van Roflumilast bij de dagelijkse behandeling van patiënten met COPD niet verder heeft willen verkennen. De NVALT zal samen met de LAN proberen hierover met VWS in gesprek te blijven. Daarnaast zijn de LAN en NVALT nog steeds bezig om een, voor alle betrokkenen, bevredigende oplossing te vinden voor de nieuwe, wettelijk vereiste, voorschrijven afleveringsprocedure van zuurstof. De LAN wil een voorstel tot verbetering hiervan uitwerken, in nauwe afstemming met alle betrokkenen. Een brief met dit aanbod ligt momenteel bij VWS, echter hierop is nog geen officiële reactie ontvangen. De tijd dringt omdat formeel de wetgeving hieromtrent op 1 januari 2011 van kracht is geworden. Het Bestuur houdt u op de hoogte van verdere ontwikkelingen.

Zoals u inmiddels heeft vernomen zijn alle richtlijnen van alle wetenschappelijke verenigingen inmiddels in te zien op de website van het kwaliteitsorgaan van de Orde (www.kwaliteitskoepel.nl). De komende maanden zal er veel tijd in gestoken worden om tot een, voor alle specialismen, samenhangend kwaliteit- en veiligheidsbeleid te komen. Eind augustus is hierover een heidag van de Orde geweest. Dit zal zeker ook consequenties voor het kwaliteitsbeleid van de NVALT hebben, maar het voordeel is ook dat specialisme-overstijgend kwaliteitsbe-

leid nu slagvaardiger en efficiënter aangepakt kan worden. In het kader hiervan zal er door de NVALT een kwaliteitsjaarplan 2012 opgesteld worden.

Zoals u wellicht gehoord heeft, was de integratie van de wetenschappelijke vergadering van de NVALT met het WASOG-congres zeer geslaagd. Naar analogie hiervan kan ik u mededelen dat er rondom de ERS ten aanzien van de ketenzorg COPD ook een aantal activiteiten plaatsvinden. De LAN zal vlak voor de ERS een bijeenkomst rondom ketenzorg COPD verzorgen. Daarnaast blijken er tijdens de ERS vanuit de eerste lijn voordrachten ten aanzien van (internationale) ketenzorg projecten verzorgd te worden. Ook zullen tijdens de ERS de eerste resultaten van de internationale COPD audit (aangaande de kwaliteit van zorg in de tweede lijn bij de klinische behandeling van exacerbaties bij patiënten met COPD) gepresenteerd worden.

Het bestuur nodigt u graag uit om over al deze nieuwe inzichten van gedachte te wisselen tijdens de (inmiddels) traditionele NVALT-avond op dinsdag 27 september aanstaande.

Ik hoop dat wij op deze avond, gezamenlijk georganiseerd met de NRS, veel van onze leden mogen ontmoeten.

Met collegiale groet,

Herman-Jan Pennings, secretaris

Agenda ledenvergadering NVALT

Vrijdag 7 oktober 2011

Juliana Congreszaal – Jaarbeurs te Utrecht

Huishoudelijke vergadering (15.00 - 16.30 uur)

1. Opening
2. Notulen vergadering 15 juni 2011 (zie PulmoScript nr 3 -2011 pag 31 e.v.)
3. Mededelingen vanuit het Bestuur
- Topics nieuw beleidsplan
4. Mededelingen vanuit de Commissie Beroepsbelangen en de Projectgroep DBC's
5. Mededelingen vanuit het Concilium
6. Autorisatie Richtlijn Mesotheliomen
7. Onder voorbehoud: Positionpaper inzet TNFa-remmers bij longziekten
8. Jaarverslag 2010 (zie Pulmoscript nr 3 - 2011 pag 9 e.v.)
9. Verkiezingen:
Er zijn op dit moment geen verkiezingen c.q. herverkiezingen binnen de commissies.
10. Voorstellen kandidaat-leden
11. Wat verder ter tafel komt en rondvraag
12. Sluiting

let op: locatie Hallencomplex- 1^e etage

U bent bereikbaar via telefoonnummer
030 - 2955911

Wetenschappelijk programma

- 09.30 uur *ontvangst*
- Thema Slaapstoornissen*
- 10.00 uur **RAPAP study. CPAP vs Restricted-AutoCPAP therapy in OSAS. RCT.**
L. Rohling, Enschede
- Online Database Slaapstoornissen. Ontwerp, structuur en eerste resultaten.** H. Hassing, Venlo
- 10.50 - 11.10 uur *Pauze*
- 11.10 uur **OSAS screening bij Philips werknemers. Sample study.**
M. Eijsvogel, Enschede
- Obesitas hypoventilatie syndroom.** J. van den Aardweg, Alkmaar
- Centraal Slaap Apneu Syndroom. Review.** K.van Kralingen, Dirksland
- 12.30 uur *lunch*
- 13.30 uur Monique Simson, Medisch Spectrum Twente, Enschede
Glue embolism of the lung
- 13.50 uur Nicole Scheppers, Atrium Medisch Centrum, Heerlen
Flexibele thoracoscopie in de sneldiagnostiek van pleuravocht
- 14.10 uur Murat Türk, Universitair Medisch Centrum, Groningen
A late pulmonary complication after a bumpy ride
- 14.30 uur *pauze*
- 14.50 uur Huishoudelijke vergadering
- 16.30 uur Afsluiting met borrel en hapje

Jaarverslag NVALT 2010

Bestuur

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose was op 31 december 2010 als volgt samengesteld:

- Dr. F.W.J.M. Smeenk, voorzitter
- Dr. G.J. Wesseling, vice-voorzitter
- Dr. H.J. Pennings, secretaris
- Dr. E. Weersink, wetenschappelijk secretaris (functie in 2010 deels waargenomen door de algemeen secretaris)
- Dr. B.J.W. Venmans, penningmeester
- Prof. Dr. E.F. Smit, (Concilium)
- Dr. J. H. van Loenhout, (sectie Tuberculosebestrijding)
- Dr. J.L.M. van Helmond, (Cie. Beroepsbelangen)
- Dr. C. Melissant, commissaris Kwaliteit
- Drs. S. de Hosson, (Sectie Assistenten)

Wetenschappelijke vergadering gehouden op vrijdag 23 april 2010 te Utrecht:

Op vrijdag 23 april werden de volgende voordrachten gehouden:

- D. Heerdink, Medisch Spectrum Twente, Enschede
Een patiënt met eosinofilie
- Themabijeenkomst Wetenschappelijk onderzoek in Nederland (I):
- Prof. Dr. H.A.M. Kerstjens, UMCG, Groningen
COPD en auto-immuniteit
- J.J.W. Liesker, Scheperziekenhuis, Emmen
Poliklinische exacerbaties: de noodzaak van de stootkuur
- J-W.H. Kocks, Academische Huisartsenpraktijk Groningen, UMCG, Groningen
Health status metingen in de praktijk van alle dag
- J.M. Smit, Arnhem namens de Commissie Richtlijnen:
Twee nieuwe richtlijnen: Thoraxdrainage en SCLC
- A. van der Wekken, J-W. van den Berg, Isala Klinieken, Zwolle
"Holy moli" project: vervroegd ontslag bij longembolie
- "Wetenschappelijk onderzoek in Nederland (II)
- Schols, MUMC, Maastricht
COPD als "metabool syndroom"
- H. Gosker, MUMC, Maastricht
Inflammatie en spieratrofie in dezelfde adem?
- R. Langen, MUMC, Maastricht
Respiratoir falen op spierniveau

Wetenschappelijke vergadering NVALT op vrijdag 8 oktober 2010 te Utrecht:

Op vrijdag 8 oktober werden de volgende voordrachten gehouden:

- Feda Hasami, Martini Ziekenhuis, Groningen
Inhalatietrauma, Een overzicht voor de praktijk
- Thema Tuberculose
- Sytze Keizer
"Somalië in Schalkwijk"

- Rob van Hest
"Hoe kom je er aan? Hoe kom je er van af!"
- Cécile Magis
"Therapeutic Drug Monitoring in de behandeling van TB: mogelijkheden en onmogelijkheden"
- Richard van Altena
"Multidrug resistente tuberculose (MDR-tbc) bij een zwangere vrouw. Medische en ethische aspecten bij de behandeling"
- Wiel de Lange
"BCG-blaasperikelen"
- Haider Hussain, MST Enschede
Bijzondere metastasen van longcarcinoom
- Hans Schoppers, UMCN, Nijmegen
'EUS-FNA for the detection of left adrenal metastasis in patients with (suspected) lung cancer'
- Elma Gomes Jardim, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
"Late presentatie van lymfangiectasie"
- Rien Schrijver, Gemini Ziekenhuis, den Helder
"Watermanagement. Een Helder(s)e Visie. 22 jaar droog plakken in een natte omgeving".

Bestuur

(H.J. Pennings)

In 2010 vergaderde het Bestuur 11 maal. Er vond een visionaire dag plaats te Utrecht d.d. 26 mei met als onderwerpen: Positie wetenschappelijk secretaris en duur voorzitterschap, Statuten en Huis-houdelijk Reglement, Kwaliteit heeft structuur nodig (Legemaate); School voor longziekten, Kwaliteitsvisitatie/Certificering/accreditatie/visitatie, sponsoring. Ledenvergaderingen vonden plaats op 23 april en 8 oktober. Op 12 januari 2011 vond een extra ledenvergadering plaats aangaande de finale versie van de Zorg-standaard COPD.

Tevens vonden overlegvergaderingen plaats met het bestuur van KNCV, Bestuur van de LAN (in de persoon van prof.dr. H.A.M. Kerstjens), Bestuur van de NRS, het Bestuur van de Stichting NVALT-studie alsmede de national delegate van de ERS, Prof. Dr. P.J. Sterk.

In 2010 vonden de volgende wijzigingen in de *samenstelling* plaats: Dr. P.J. Wijkstra treedt af als vice-voorzitter, hij wordt opgevolgd door Dr. G.J. Wesseling. Dr. P. Bresser treedt af als wetenschappelijk secretaris en wordt opgevolgd door dr. E. Weersink. De plaats van collega Rudolphus als vertegenwoordiger vanuit de CBB wordt overgenomen door collega van Helmond. I. Bahce treedt af als vertegenwoordiger vanuit de sectie assistenten en wordt opgevolgd door S. de Hosson.

Contacten met werkgroepen: de leden van het Dagelijks Bestuur fungeren als contactpersoon voor een vast aantal commissies en werkgroepen. In vervolg op de gespreksronde van 2008, heeft het bestuur opnieuw met een groot deel van de werkgroepen om tafel gezeten. Door de drukke agenda's van eenieder kon dit niet eerder plaatsvinden dan januari 2011. In de gesprekken lag de nadruk op de beleidsplannen, knelpunten en mogelijkheden tot

initieren van wetenschappelijk onderzoek aan de orde. Met name mogelijkheden om in afstemming met het Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband tot een samenhangend geheel van wetenschappelijk onderzoek te komen zijn besproken. Hierbij is door de NVALT en de NRS afgesproken dat de taskforces van de NRS een maal per jaar overleg zullen hebben met de binnen deze aandachtsgebieden opererende werkgroepen van de NVALT. Tevens blijkt de eerder geschetste ontwikkeling van intensieve betrokkenheid van de werkgroepen bij kwaliteitsprojecten vanuit de Orde, prestatie indicatoren vanuit de Inspectie Gezondheidszorg, kwaliteitsindicatoren vanuit Zichtbare Zorg Ziekenhuizen, vragen vanuit de CVZ (College voor Zorgvoorzieningen) alsmede kwaliteitsbeleidvragen vanuit de zorgverzekeraars steeds verder toe te nemen. Het gemis van bepaalde eigen richtlijnen, zoals ondermeer op het gebied van Interstitiële Longziekten, blijkt te resulteren in situaties dat de NVALT, op vragen vanuit de overheid, onvoldoende onderbouwing kan geven voor op dat moment gangbaar medisch handelen. Zoals bekend verkeert de betreffende richtlijn nog steeds in een concept-fase.

Ledenvergaderingen: de deelnemers-aantallen aan de Wetenschappelijke en Huishoudelijke vergaderingen vertonen een stabiel beeld. Alhoewel de wetenschappelijke vergadering van de NVALT op 9 oktober 2009 indertijd ook als webcast toegankelijk was, blijken hier nadien zo'n 50 leden nog voor geïnteresseerd te hebben. Gezien de kosten die met de productie van de webcast gemoeid waren, heeft het Bestuur besloten het experiment te beëindigen.

In de ledenvergaderingen werd de procedure rondom de vaststelling van indicatoren (vanuit ZZZ en IGZ) officieel geaccordeerd. In het wetenschappelijk deel van de vergaderingen werden de richtlijnen Kleincellig longcarcinoom en Thoraxdrainage besproken, echter deze konden, gezien het multidisciplinaire karakter hiervan, niet definitief vastgesteld worden in de ALV. Voor de richtlijn Thoraxdrainage geldt, nadat zij daarna ook door de Nederlandse Vereniging voor Longchirurgie definitief vastgesteld was, dat zij na een aanvullende inspraakprocedure via de e-mail definitief door de NVALT-leden geaccordeerd is. Daarnaast werd vanuit de Commissie Visitatie Longziekten, in overeenstemming met de adviezen vanuit de Orde voor Medisch Specialisten, een nieuwe rooting voor de visitatie-rapporten voorgesteld: enerzijds zal de NVALT als vanouds het volledige visitatie-rapport aan de maatschap doen toekomen, daarnaast zal als nieuwe afspraak de NVALT de conclusies en aanbevelingen aan de RvB alsmede het Stafbestuur van het ziekenhuis waar de maatschap praktijk voert doen toekomen. Een en ander kadert in de toenemende roep om transparantie en daarnaast het gegeven dat de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van geleverde (medische) zorg binnen de ziekenhuisinstelling.

Binnen de ontwikkelingen rondom de integrale bekostiging van COPD kon als mijlpaal in de ALV van april 2011 definitief de zorgstandaard geaccordeerd worden. De grootste uitdaging zal er echter in gelegen zijn een goede regionale invulling van deze zorgstandaard met goede afstemming van de zorg rondom patiënten met COPD tussen de eerste en tweede lijn te bereiken met respect voor elkaars specifieke deskundigheden. Mede in afstemming met de LAN heeft de NVALT besloten dit proces te faciliteren middels uitwisseling van best practices en praktische

ondersteuning. Het Bestuur heeft de werkgroep COPD verzocht dit ter hand te willen nemen. Slagen wij er als zorgverleners niet in dit adequaat en voldoende voortvarend ter hand te nemen, zal de overheid niet aarzelen hierin sturend op te treden. In 2011 zal het Bestuur NVALT in samenwerking met de werkgroep COPD inventariseren in hoeverre de implementatie van de zorgstandaard COPD gevorderd is. Tevens zullen in 2011 de kwaliteitsindicatoren vanuit de zorgstandaard COPD gedefinieerd worden. De verwachting is dat deze rond september 2011 bekend zullen zijn.

Tijdens de ALV's werd de voortgang van het jaarplan 2010 alsmede de kaderstelling binnen het *Meerjarenbeleidplan 2008-2012* besproken. Geconstateerd moet worden dat de vereniging goed op koers ligt en eigenlijk het grootste deel van de doelen binnen het meerjarenbeleidplan al bereikt zijn. Het Bestuur heeft derhalve besloten al begin 2011 een begin te maken met de ontwikkeling van een nieuw meerjarenbeleidplan, waarbij de focus nu met name gericht zal zijn op het ontwikkelen van een strategische visie op de positie van de longarts in de toekomst. Hierbij wordt gedacht aan een tijdspanne van 10-15 jaar. Op basis hiervan zullen de jaarplannen verder ingevuld dienen te worden.

Tijdens de ALV van oktober werd de nieuwe werkgroep Palliatieve zorg opgericht; in de praktijk blijkt dat er zowel vanuit de overheid als vanuit de beroepsgroep een toenemende behoefte bestaat aan richtlijnen op dit terrein. Er bestaan weliswaar hierover al richtlijnen op oncologisch gebied, maar op het terrein van COPD is nog erg weinig hiervan omschreven. Gezien het multidisciplinaire karakter van palliatieve zorg zal de werkgroep mogelijk multidisciplinair van aard dienen te worden.

Kwaliteitsbeleid en Richtlijnen. In 2010 werden een tweetal richtlijnen gepresenteerd: de richtlijn "Diagnostiek en behandeling van Kleincellig Longcarcinoom" werd geaccordeerd in de ALV van oktober 2010. Zoals al eerder uiteengezet wordt de richtlijn "Thorax drainage" formeel geaccordeerd begin 2011. De richtlijn "perioperatieve zorg bij de pulmonaal belaste patiënt" is aangehouden aangezien het Bestuur tot op heden nog geen definitief antwoord van het CBO (c.q. haar opvolgster) heeft ontvangen op haar voorstellen tot herziening van de richtlijntekst.

Vanuit de Orde van Medisch Specialisten is men gekomen tot de oprichting van de "Kwaliteitskoepel" (www.kwaliteitskoepel.nl); oogmerk hiervan is te komen tot een overkoepelende organisatie, die zich richt op alle kwaliteitsaspecten van medisch specialistische zorg. Het ministerie van VWS is bereid de initiatieven op dit gebied over te dragen aan de beroepsgroep, maar heeft aangegeven dat indien er onvoldoende voortgang op dit terrein bereikt wordt, zij niet zal schromen de regierol opnieuw naar zich toe te trekken. In het kader hiervan neemt de kwaliteitscommissaris vanuit de NVALT (collega Melissant) regelmatig deel aan de diverse vergaderingen. Vanuit deze hoedanigheid bestaan er korte overleglijnen met de Commissie Richtlijnen en de Commissie Visitatie van de NVALT. Daarnaast werd er vanuit de NVALT geparticipeerd in de rapporten "doelmatig voorschrijven", ontwikkeling van het "Beleidsdocument complicatie-registraties en het Missie- en visiedocument samenwerkingsverband Medisch Specialisten". Tevens is deelgenomen aan de Adviescommissie Richtlijnen.

De ontwikkeling van richtlijnen vanuit de NVALT dienen centraal aangemeld te worden bij de de Stichting Kwaliteitsgelden

Medisch Specialisten (SKMS), omdat van daaruit de financiering gecoördineerd wordt. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat de richtlijnen ruim op tijd aangemeld worden om de financiering veilig te stellen. Wel blijft er onverkort sprake van een forse registratielast voor het secretariaat van de NVALT, die gedeeltelijk vanuit de SKMS vergoed wordt.

Stichting NVALT-studies. De Stichting NVALT-studies heeft in 2010 een zeer vruchtbaar jaar gekend, waarbij een aantal studies zijn afgerond en gepubliceerd. Het NVALT-studies datacentrum blijkt goed te werken. In 2010 werd de discussie rondom de opzet van de NVALT-8 studie afgerond, waarbij de positieve beoordeling van de studieopzet door de METC werd bekrachtigd. In 2010 vond een vergadering plaats met het Bestuur van de NVALT als toezichthouder. De opzet van de Stichting NVALT studies leent zich goed als blauwdruk voor de opzet van eventueel toekomstig wetenschappelijk onderzoek vanuit andere werkgroepen binnen de NVALT.

Secties, commissies en werkgroepen:

De *Sectie School voor Longziekten* is bezig met de ontwikkeling van een raamplan, betreffende de scholing van AIO's en bijscholing voor longartsen. Aangezien er nu ook vereist wordt dat de bijscholing gevolgd wordt binnen alle competentie gebieden van de CANMEDS criteria is centrale coördinatie van dit onderwijs van groot belang. De NVALT kent een groot nacholingsaanbod vanuit diverse geledingen, maar het ontbreekt aan voldoende centrale aansturing, gelet op de nieuwe eisen op dit terrein. Naar verwachting zal eind 2011 een eerste concept gereed zijn. Hierbij zal ook E-learning, alsmede mogelijke samenwerkingsverbanden op Europees niveau (ondermeer met de ERS) meegenomen worden.

De *Commissie Beroepsbelangen* heeft zich ook in 2010 uitgebreid bezig gehouden met het project DBC's op weg naar Transparantie (DOT). De invoering hiervan zal plaatsvinden in 2012. Daarnaast speelde in 2010 de discussie rondom vermeende overschrijdingen van zorg en het opleggen van generieke kortingen een rol. Een groot deel van de inzet van de CBB is ook bepaald door de voorhangbrief van de minister van VWS, waarbij het continueren van de status van medisch specialist als vrij beroep-beoefenaar op het spel stond. Zoals u inmiddels heeft vernomen zijn deze plannen niet doorgestaan door de kabinetswisseling, het aantreden van een nieuwe minister van VWS en een belangrijke strategie-wijziging vanuit de Orde van Medisch Specialisten onder aanvoering van haar nieuwe voorzitter, Frank de Grave. Ondanks het bereikte convenant, is dit traject zeker nog niet afgerond, gezien de toenemende druk op het Budgettair Kader Zorg. Het zal ook in 2011 weer zaak zijn alert te zijn en proactief in te spelen op de politieke en budgettaire agenda's.

De *Werkgroep COPD* heeft een druk jaar gekend, waarbij er vanuit het bestuur meermalen een beroep op de in de werkgroep aanwezige expertise gedaan moest worden. Met name de inhoudelijke discussies rondom de inhoud van de zorgstandaard COPD en bijbehorende prestatie-indicatoren hebben veel tijd gekost. Ook het preferentiebeleid voor de medicamenteuze behandeling van chronisch obstructieve longaandoeningen, ingezet vanuit een aantal zorgverzekeraars, stond prominent op de agenda. Daarnaast zijn diverse leden van de werkgroep actief binnen adviserende gremia van de Longalliantie Nederland.

In 2011 zal met name de implementatie van de zorgstandaard binnen het regionaal COPD-team alsmede de vertaling van de zorgstandaard naar de praktijkvoering binnen de tweede lijn een grote rol spelen.

Projectgroep DBC-Longgeneeskunde Nederland. Zoals al eerder uiteengezet heeft de projectgroep zich ook in 2010 beziggehouden met DOT. Doordat de voorzitter van de CBB lid uitmaakt van de projectgroep blijken er korte lijnen met het Bestuur aanwezig, waardoor er slagvaardiger naar externe partners (o.a. de Orde) opgetreden kan worden.

De *Werkgroep Ademhalingsstoornissen tijdens Slaap* kent zeer goed bezochte werkgroepvergaderingen, waarin ook geprobeerd wordt nieuwe wetenschappelijke inzichten te presenteren; een en ander geschiedt ondermeer in afstemming met de taskforces binnen de NRS. In 2010 is er verder gewerkt aan de afronding van een position paper aangaande de behandeling van het Centraal Slaap Apneu Syndroom. Deze is inmiddels in 2011 gepubliceerd. Ook in 2010 verzorgde de werkgroep leden uitgebreide inbreng in de Nederlandstalige cursus op het gebied van slaapgebonden ademhalingsstoornissen in Antwerpen. Herhaalde verzoeken vanuit de Nederlandse Vereniging van Slaap Apneu Patiënten en diverse zorgverzekeraars om inzicht in de kwaliteit van zorg te bieden, heeft de werkgroep ertoe doen besluiten het accreditatie-traject voor klinieken, die zich specialiseren in deze zorg, verder te ontwikkelen. Zij wordt in deze ondersteund door het Bestuur van de NVALT, die het project als pilot heeft aangemerkt. In 2011 zal naar verwachting een concreet accreditatie-document aan de leden ter advies voorgelegd worden.

De *Werkgroep Infectieziekten* kende in 2010 een volledige bestuurswisseling. Na jarenlang leiding aan de werkgroep te hebben gegeven, hebben de collega's Jonker en Bossink het stokje overgedragen aan collega's van der Werf en van der Eerden. Een van de eerste taken van de werkgroep zal de beoordeling van de nieuwe richtlijnen ter medicamenteuze behandeling van de pneumonie zijn.

De *Werkgroep Oncologie* kent eveneens een zeer actieve leden-groep, die ook participeren in de diverse NVALT-studies. Het succesvolle beloop hiervan bewijst de gedrevenheid van de werkgroep leden en zal hopelijk nog in vele studies naar voren komen. Zoals al eerder benoemd heeft de werkgroep medegewerkt aan de tot stand koming van de richtlijn Kleincellig longcarcinoom en wordt momenteel de laatste hand gelegd aan de afronding van de concept-richtlijn niet-kleincellig longcarcinoom.

Contacten met andere Wetenschappelijke Verenigingen: het Bestuur van de NVALT heeft in 2010 geen formeel overleg gehad met het Bestuur van de Orde van Medisch Specialisten. In 2011 heeft het Bestuur echter meermalen van gedachte gewisseld met de nieuwe voorzitter van de Orde, de heer de Grave. De Orde wil de contacten met de wetenschappelijke verenigingen verbeteren door de instelling van een Bestuurlijk Overleg Orgaan (BOO); hierin stemt het Bestuur van de Orde het beleidskader af met de besturen van de 27 wetenschappelijke verenigingen; idealiter zou dit op termijn moeten uitmonden in een breed gedragen gezamenlijke strategische visie. Inmiddels is het BOO al twee keer bij elkaar geweest. Daarnaast zijn de leden van het NVALT bestuur

aanwezig bij de vergaderingen van de Raad Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit (WOK) en het Platform Kwaliteit (waaronder ook het SKMS valt) (portefeuillehouder collega Melissant). In toenemende mate begint het duidelijk te worden dat de verhouding van de Orde ten opzichte van de Wetenschappelijke Verenigingen herziening behoeft, temeer daar de Orde geen federatie model kent.

Overheid: ook dit jaar vond weer een vergadering met de *Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)* plaats; deze verlopen in een constructieve sfeer. Een van de onderwerpen betrof de implementatie van de uitvraag van de kwaliteits-indicator voor de diagnostiek en behandeling van de Community Acquired Pneumonia. Helaas blijkt in de loop van 2010 aanvullende wetenschappelijke informatie beschikbaar te komen, die de geschiktheid van deze indicator in een ander daglicht stelt. In overleg met de NIV en de IGZ zal de NVALT in 2011 een aanpassing van deze kwaliteits-indicator voorstellen.

In 2010 is ook nog de mogelijkheid van het ontwikkelen van een prestatie-indicator ter diagnostiek en behandeling van ondervoeding bij COPD verkend. Naar aanleiding van de beoordeling op de wetenschappelijke waarde van deze indicator door experts binnen de NVALT, wordt in goed overleg met de IGZ besloten de indicator niet verder door te ontwikkelen. In plaats hiervan is een kwaliteitsindicator bij long-oncologische zorg gedefinieerd, te weten de aanwezigheid van een multidisciplinaire patiëntbespreking.

Ook dit jaar zijn er vanuit de NVALT diverse adviezen afgegeven aan het CVZ; ondermeer betrof het vragen rondom de eindverantwoordelijkheid bij het CPAP-proefplaatsingstraject. Daarnaast werd de NVALT ook geconsulteerd aangaande de opname van roflumilast als te vergoeden prestatie binnen het basispakket. In deze vraagstelling werd met name ook gevaren op input vanuit de NRS. Helaas blijkt, in de visie van VWS, roflumilast voorlopig niet voor vergoeding in aanmerking te komen. Daarnaast werd de NVALT benaderd voor de (her) beoordeling van omalizumab binnen de maatregel dure geneesmiddelen.

Vanuit het *Bureau Zichtbare Zorg* is de NVALT wederom benaderd in het kader van de beoordeling van bestaande en nieuwe kwaliteitsindicatoren binnen ZZZ.

Besloten werd de zorgindicator perioperatieve zorg bij de pulmonaal belaste patiënt niet in het pakket op te nemen. Een aantal indicatoren zijn geüpdatet; voor oncologie en CAP zal 2011 het eerste jaar van de uitvraag zijn.

VWS blijkt, in navolging van de ketenzorg COPD, ook voornemens voor cystic fibrosis te willen komen tot een systeem van functionele bekostiging. Hiervoor zal het noodzakelijk zijn dat er een zorgstandaard CF op tafel ligt en er voldoende draagvlak binnen de betrokken beroepsgroepen bestaat. Dit traject is in 2011 nog steeds lopend.

KNMG: er hebben dit jaar geen specifieke gezamenlijke activiteiten plaatsgevonden. Wel presenteert de NVALT zich op de jaarlijkse carrièrebeurs, welke vanuit de KNMG georganiseerd wordt.

Longalliantie Nederland: In 2010 is het Bestuur van de NVALT aanwezig geweest bij de ledenvergaderingen van de LAN. Collega Kerstjens vormt als secretaris van het Bestuur van de LAN een

belangrijke "linking pin" met het NVALT-bestuur.

In dit verslagjaar speelde de afronding en accordering van de "zorgstandaard COPD" een belangrijke rol binnen de activiteiten van de LAN. In tweede instantie zal in 2011 een kwaliteitsindicator-set ten aanzien van deze zorgstandaard gedefinieerd worden. Naar verwachting zal deze kwaliteits-indicatorset dan ook door de overheid en zorgverzekeraars gebruikt gaan worden om de kwaliteit van zorg te toetsen. Tevoren zal echter de uitrol van de zorgstandaard in de eerste en tweede lijn verder bevorderd moeten worden; het bestuur van de NVALT heeft deelgenomen aan overlegvergaderingen vanuit de LAN om dit te faciliteren. Collega in 't Veen zal in deze zeker nog een belangrijke rol blijven vervullen.

Daarnaast hebben de NVALT en LAN gezamenlijk opgetrokken inzake het dossier "Medicinale zuurstof". Het ministerie van VWS blijkt in navolging van een Europese richtlijn zuurstof aan te merken als medicament en dien ten gevolge besloten te hebben dat de aflevering voortaan getoetst dient te worden door een apotheker en dat onder diens supervisie de zuurstofleveranties verlopen. Het veld blijkt hier echter nooit in gekend te zijn en betwijfelt of deze manier van werken kwaliteitsbevorderend zal uitwerken en vreest met name vertraging in de aflevering van de zuurstof-apparatuur. Besloten wordt dat onder de vlag van de LAN naar VWS een voorstel gedaan zal worden voor een, voor alle partijen ,praktische en kwalitatief goede oplossing, die recht doet aan de wetgeving, maar de kwaliteit van zorg voor de patiënten borgt. Dit traject is anno 2011 nog steeds in ontwikkeling.

Daarnaast hebben de NVALT en LAN op het dossier van preferentiebeleid van medicamenten in nauw overleg met elkaar het overleg met zorgverzekeraars gezocht. Deze ontwikkelingen laten zien dat de LAN steeds meer bekendheid geniet als aanspreekpunt rondom alle aspecten van zorg bij longaanandoeningen. Daar waar de longartsen inhoudelijke kennis kunnen bieden, blijken er korte lijnen met de NVALT aanwezig te zijn.

Opleiding: het totale aantal opleidingsplaatsen wordt per jaar vastgesteld door het Capaciteitsorgaan. Zoals al eerder uiteengezet heeft in 2009 de Projectgroep Opleiding een aantal aanbevelingen geformuleerd om tot een eenduidige visie aangaande de procedure van de verdeling van de opleidingsplaatsen voor Longgeneeskunde over de diverse OOR's te komen. Desondanks blijft dit voor het Bestuur en Concilium een uiterst lastig te beïnvloeden proces, zoals ook recent weer gebleken is. Naast het feit dat het BOLS en de individuele OOR's adviezen van het Bestuur naast zich neer kunnen leggen, blijkt ook het totaal van het aantal opleidingsplaatsen per OOR soms te leiden tot onvoorziene aanpassingen van het aantal opleidingsplaatsen voor een specifiek specialisme.

Het *Concilium* heeft zich in 2010 gebogen over de implementatie van het nieuwe opleidingsplan, de gang van zaken rondom het bijhouden van het persoonlijk portfolio, alsmede de ontwikkeling van een elektronische versie hiervan. Na definitieve contractuele afspraken met de ERS, kan eind 2010 werd voor het eerst een voortgangstoets voor AIOS in Nederland afgenomen worden via het HERMES-project . Er werden in 2010 acht opleidingsklinieken geïnspecteerd.

Commissie Bronkhorst colloquium: Het Bronkhorst Colloquium mocht zich ook dit jaar weer in ruime aandacht verheugen en had als onderwerp "Longen in relatie met andere organen".

De Longartsenweek (inmiddels de zevende editie) werd gehouden in april 2010 in congrescentrum 'Papendal' en had als onderwerp "Diffuse long- en vaataandoeningen". De Longartsen werkweek blijft samen met het Bronkhorst Colloquium een belangrijke factor voor de binnenlandse nascholing, maar zoals bekend zal de Sectie School voor Longziekten proberen tot een totaal pakket van nationale (bij) scholingen te komen.

Secretariaat. De medewerkers van het secretariaat vormen een rots in de branding bij alle vragen die op de NVALT afkomen. De medewerkers van het secretariaat zijn betrokken bij ondersteuning en facilitering van het bestuur, commissies en werkgroepen. Daarnaast worden door hen de financiële boekhouding, beheer van de website en het onderhoud van GAIA verzorgd. Mw. de Baaij is als chef-de-bureau verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken op het secretariaat alsmede ondersteuning van het Bestuur, waarbij er zeer korte lijnen bestaan met het Dagelijks Bestuur. Daarnaast is zij sedert kort betrokken bij het Directeuren Overleg van de Orde, waardoor zij in een geformaliseerde setting contacten met de bureaus van andere wetenschappelijke verenigingen onderhoudt. Het bestuur waardeert dan ook ten zeerste de inzet die de medewerkers van het bureau afgelopen jaar wederom geleverd hebben.

Website. In juli 2010 ging de vernieuwde website van de NVALT in de lucht. Dankzij de grote inspanning van met name Wilma Vlugs werd dit binnen de gestelde termijn gerealiseerd. Middels ondermeer de tweewekelijkse nieuwsflits hoopt het Bestuur en secretariaat u nog sneller op de hoogte te brengen van relevant nieuws op het gebied van longziekten.

Helaas heeft het Bestuur in 2010 moeten besluiten de *on-line bibliotheek* te sluiten. Door het geringe aantal hits op de website, vonden de sponsors het niet meer interessant de sponsoring te continueren. Overwegingen hierbij waren de kosten die aan internet-abonnementen verbonden zijn, evenals het feit dat de meeste ziekenhuizen toegang tot digitale tijdschriften bieden.

Financiën. *De kascommissie voor 2009 werd gevormd door collega's* dr. A.J.M. van Boxem en drs. F.L.J. Custers. Zij hebben de jaarrekening 2009 na controle akkoord bevonden.

Nederlandse Longstichting (NLS): De NLS heeft in 2010 geen nieuwe activiteiten ontplooid, met name ook door de duidelijke toename in activiteiten die door het Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband (NRS) alsmede de Long Alliantie Nederland ontwikkeld zijn.

Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband (NRS): In maart 2009 werd het NRS opgericht. Inmiddels zijn er meerdere wetenschappelijke bijeenkomsten door de NRS georganiseerd, waarbij basale wetenschappers en klinici met elkaar in contact gebracht werden. Tevens zijn er een aantal taskforces binnen de NRS gedefinieerd, die zich met specifieke deelgebieden gaan bezig houden. Geprobeerd zal worden samenwerking en afstemming met werkgroepen van de NVALT te zoeken. Ook in 2010 heeft de NVALT de NRS financieel ondersteund om deze activiteiten mogelijk te maken. De NRS heeft samen met de LAN, NVALT en Astmafonds besloten in 2012 een longenweek te organiseren, waarbij wetenschappelijke presentaties, discipline-overstijgende voordrachten en de individuele ledenvergaderingen binnen een locatie zullen plaatsvinden. Hiermee hopen de Besturen dat dit zal leiden tot

meer interactie tussen de diverse groeperingen.

De Raad voor Wetenschap is formeel nog in functie, maar gezien de toenemende activiteiten van de NRS is reflectie op de positie van de Raad voor Wetenschap aan de orde. Voorlopig zal de Raad de ontwikkelingen rondom de NRS volgen.

Forum ERS. De nationale longartsenverenigingen zijn binnen de ERS verenigd in de FERS, vanuit het bestuur is Dr. H.J. Pennings afgevaardigd. De FERS vergadert twee maal per jaar. Gespreksonderwerpen van het afgelopen jaar waren ondermeer de voortgang van de COPD-audit, de publicatie van de paper "Air Quality", resultaten van Year of the Lung alsmede de voortgang rondom de ontwikkeling van een nieuwe versie van het "Lung White Book". De ontwikkeling van het laatste wordt vertraagd doordat een aantal Europese landen geen voldoende betrouwbare registratie van de diverse longaandoeningen hebben.

De resultaten van de ERS COPD Audit zullen op het ERS congres 2011 in Amsterdam gepresenteerd worden. Dit vormt onderdeel van het strategisch beleid vanuit de ERS om het Europees Parlement ervan te overtuigen dat in het FP8- project er structureel onderzoeksfondsen gereserveerd dienen te worden voor onderzoek naar longaandoeningen. In het kader hiervan heeft de FERS een meeting georganiseerd voor het Europees Parlement, waarin ook de NVALT geparticipeerd heeft.

Daarnaast blijken een aantal leden van de FERS te overwegen het succesvol afronden van het HERMES examen te gebruiken als middel om longartsen internationaal te erkennen en toe te laten tot praktijkvoering in het betreffende land. Een van die landen betreft Zwitserland.

Collega Aalbers werd als national delegate in 2010 opgevolgd door Prof. Dr. P.J. Sterk. Het Bestuur van de NVALT en collega Sterk hebben besloten korte lijnen te onderhouden, zodat gezamenlijk de invloed van Nederland binnen de ERS toe kan nemen.

Collega Smeek vertegenwoordigt nog steeds Nederland binnen de UEMS en tevens blijft hij betrokken bij het HERMES project vanuit de ERS.

Overleden: in 2011 zijn overleden Mw. Kótrla, Mw. Nijhuis-Heddes en de heren van Giffen, Harreveld, Mellema, Peters en Mennema.

Concilium (CLT) Jaarverslag 2010

Samenstelling:

Dr. J.S. van der Zee	voorzitter
Dr. G. Wesseling	secretaris
Dr. E.G.M. Cobben-Beld	
Dr. E.H.J. van Haren	
E.J. Visser	
Dr. H.G.M. Heijerman	
Prof. Dr. P.N.R. Dekhuijzen	
Dr. J.H. van Loenhout-Rooijackers	
Prof. dr. E.F. Smit	
Dr. J.B. Wempe	
G.N. Rootmensen	
G.G. Epping	
M.J. van Harskamp	

S.M. de Hosson
K.J.M. Mooren

In 2010 heeft het Concilium tweemaal plenair vergaderd. Daarnaast werd er zowel telefonisch als via de e-mail intensief overlegd over zaken als de opleidingseisen, het nieuwe opleidingsplan, de implementatie van het Opleidingsplan, de common trunk interne geneeskunde, het bijhouden en gebruiken van het inmiddels verplichte portfolio, de Projectgroep Opleiding en andere zaken die de opleiding aangaan. Er vond eenmaal een vergadering plaats met alle opleiders waarbij de verdeling voor de opleidingsplaatsen voor longziekten en tuberculose voor 2011 werd afgesproken. Verder kwamen in deze vergadering de implementatie van het nieuwe opleidingsplan, de verplichte gecombineerde uitwisseling, de voortgangstoets voor de AIOS van HERMES, en het elektronisch portfolio aan de orde.

In 2010 werden de volgende opleidingsklinieken gevisiteerd:

- Erasmus Medisch Centrum Groningen te Rotterdam op 15 januari
- VU Medisch Centrum te Amsterdam op 29 januari
- Jeroen Bosch Ziekenhuis te 's-Hertogenbosch op 4 juni
- Medisch Centrum Alkmaar te Alkmaar op 3 september
- St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam op 10 september
- Kennemer Gasthuis te Haarlem op 24 september
- Medisch Centrum Leeuwarden te Leeuwarden op 1 oktober
- Isala Klinieken te Zwolle op 10 december

Telkens konden de rapporten ruim binnen de daarvoor geldende termijn aan de MSRC worden voorgelegd.

Namens de NVALT bleef dr. FWJ.M. Smeenk betrokken bij de Europese harmonisatie van de opleidingen tot medisch specialist en vertegenwoordigde dr. J.S. van der Zee samen met dr. H.G.M. Heijerman het Concilium in het CCMS.

Dr. G. Wesseling, secretaris

Commissie accreditatie (CAC) Jaarverslag 2010

Samenstelling:
W. de Lange, voorzitter
J.L. van der Lichte, secretaris
J.W.K. van den Berg, lid

In 2010 werden in de periode januari tot en met december in totaal 169 aanvragen door de commissie in behandeling genomen en beoordeeld.

Een samenvatting van de beoordelingsresultaten van de CAC staat in de volgende tabel vermeld.

2010	Positieve beoordeling	Afgewezen
Accreditatieaanvragen	158	11

De functionaliteit van GAIA heeft geresulteerd in een snellere afhandeling van accreditatieaanvragen en meer inzicht voor de artsen in de beschikbare bij- en nascholing via de website van de NVALT.

Sedert eind 2007 is het mogelijk om bij een herregistratieaanvraag een kopie van de in het persoonlijk dossier geregistreerde accreditatiepunten geautomatiseerd aan te bieden aan de Registratiecommissie. De longarts is zelf verantwoordelijk voor het controleren van bijschrijving van accreditatiepunten in het persoonlijk dossier.

Inmiddels heeft ruim 77% van de geregistreerde longartsen zijn of haar persoonlijk dossier geactiveerd.

Vanaf 1 januari 2011 is het Accreditatie Bureau Medisch Specialisten (ABMS) omgevormd tot het Accreditatie Bureau Algemene Nascholing (ABAN). De algemene nascholing betreft de niet-medisch inhoudelijke nascholing. Het ABAN is het centrale loket voor het aanvragen van accreditatie van algemene nascholing voor alle erkende specialisten.

Alle geaccrediteerde cursussen staan ook vermeld in de congressagenda van PulmoScript en op de website van de NVALT. Voor details ten aanzien van het GAIA-systeem kan worden verwezen naar eerdere publicaties hierover in PulmoScript en de GAIA-website (www.knmg.nl/accreditatie).

J.L. van der Lichte
Secretaris Commissie Accreditatie

Commissie Beroepsbelangen (CBB). Jaarverslag 2010

Samenstelling:
Drs. J.L.M. (Hans) van Helmond voorzitter
Drs. J.H. (Jaap) Strijbos secretaris
Dr. K.W. (Klaas) van Kralingen
Drs. E. (Ernst) Lammers
Drs. K.R. (Koen) Liesker
Dr. A. (Arjan) Rudolphus

In 2010 kwam de CBB meerdere malen bijeen. Enkele malen hiervan werd telefonisch vergaderd. In het verslagjaar werd in de commissie afscheid genomen van de collegae Nico van 't Hullenaar, de Graaff, Hans Grotjohan en Remco Djamin, die onder andere vele werkzaamheden hadden verricht in het kader van de ontwikkeling van de DBC's. Het voorzitterschap werd door Arjan Rudolphus overgedragen aan Hans van Helmond.

In het verslagjaar stonden met name de perikelen rond de bezuinigingen van de centraal. De door de toenmalige minister Klink aangekondigde maatregelen dreigden niet alleen grote financiële consequenties voor medisch specialisten te hebben, maar leken ook de autonomie van de medisch specialist in gevaar te brengen. Pas na het aantreden van minister Schippers werd het overleg met o.a. de OMS vlotgetrokken en kon gewerkt worden aan een overeenkomst, die uiteindelijk in 2011 bekrachtigd zou worden. Vele malen werd deelgenomen aan overlegsituaties met de OMS en NZA. Centraal in dit overleg stonden de uitgangspunten om

de professionele autonomie te behouden, het vrije beroep te borgen en te komen tot een systeem van rechtvaardige omzetverdeling. Ook vanuit de longartsen kon zo een bijdrage worden geleverd aan het tot stand komen van een nieuw akkoord, waarbij de positie van de medisch specialist, in casu de longarts, zo goed mogelijk gewaarborgd bleef.

De problematiek rond de DBC's en met name de ontwikkeling van DOT ging in volle gang voort. Veelvuldig en intensief overleg werd gepleegd, met name door de projectgroep, om tot een goede en betrouwbare systematiek voor de vergoeding van longziekten te komen. In het komende jaar zal verdere uitwerking van het DOT-systeem nodig zijn, waarna in 2012 implementatie zal plaatsvinden. In de voorjaarsvergadering van de NVALT werd hiervan verslag gedaan door Koen Liesker.

De vergoedingsstructuur van bepaalde medicamenten levert soms aanzienlijke problemen op. In het verslagjaar kon uiteindelijk een retrograde vergoeding van pemetrexed bij niet kleincellig longcarcinoom worden gerealiseerd.

Meerdere malen werden individuele vragen van diverse leden beantwoord rondom diverse lokale problemen als vergoedingen, DBC, problemen in samenwerking en overige zaken.

Commissie Bronkhorst Colloquium (CBC) Jaarverslag 2010

Samenstelling per 31-12-2010

Dr. F.H. Krouwels,	voorzitter
Dr. B. van den Blink	
Prof. Dr. H.J.M. Groen	
S.M. de Hosson,	namens de arts-assistenten
Dr. J.A. van Noord	
S.O. Simons,	namens de arts-assistenten
W.C.J. van Veldhuizen	

Het onderwerp van het Bronkhorst Colloquium van november 2010 en februari 2011 was "Longen in relatie met andere aandoeningen". Dit jaar was de klinisch pathologische conferentie verzorgd door de afdeling Longziekten en Pathologie uit Leuven (Erik Verbeken en Geert Verleden)

Lezingen waren over de onderwerpen: hartaandoeningen, essentialia voor de longen (Anton Vonk Noordegraaf, Amsterdam), Nierziekten: essentialia voor de longarts (Wilfried de Backer, Antwerpen), Metabool syndroom (Nick ten Hacken, Groningen) en Chronische hoest: work-up (Lieven Dupont, Leuven)

Uit de evaluatie bleek dat het colloquium bij de deelnemers goed ontvangen is en iedereen was enthousiast over de voordrachten en de workshops. Er waren workshops onder meer over neuromusculaire ziekten, zwangerschap en longen, obesitas en longen. De cursusleiding was in handen van Prof. Dr. G. Verleden en Dr. F.H. Krouwels.

Gezien het grote aantal personen dat jaarlijks op de wachtlijst stond, werd het colloquium dit jaar uitgebreid van 180 deelnemers naar 210 deelnemers in Veldhoven en van 150 naar 160 in Blankenberge. Dit aantal zal de komende jaren gehandhaafd blijven.

De commissie heeft in november een gezamenlijke vergadering gehouden met de Belgische collegae ter bespreking van het onderwerp voor 2011 - 2012. Het onderwerp voor dat colloquium is "Update van relevante technieken in de longziekten".

In september heeft Henk Hoogsteden afscheid genomen van de commissie na een zittingstermijn van 8 jaar waarvan hij 6 jaar voorzitter was. Frans Krouwels heeft zijn functie als voorzitter overgenomen. B. van den Blink is toegetreden tot de commissie.

Commissie Cursorisch Onderwijs (CCO) Jaarverslag 2010

Samenstelling:

E.F. Smit,	voorzitter
J.G. van den Aardweg,	secretaris
B. Biesma	
B. van der Bruggen	
N.M. Thönissen	
P.Th.W. van Hal	
R. E. Jonkers	
B.J. Knipscheer	
W.C.M. de Lange	

Cursussen

Door de Commissie Cursorisch Onderwijs worden de basiscursussen georganiseerd ten behoeve van de assistent-geneeskundigen in opleiding tot longarts. In 2010 zijn alle basiscursussen georganiseerd: pathofysiologie van de ademhaling (3 dagen), oncologie (3 dagen), beeldvormende technieken (2 dagen), allergie/immunologie (2 dagen), infectieziekten (2 dagen), tuberculose (4 dagen) en genetica (1 dag). De assistent-geneeskundigen zijn verplicht aan het eind van de opleiding alle cursussen te hebben gevolgd.

Algemene opmerkingen

Iedere nieuwe assistent-geneeskundige in opleiding tot longarts krijgt na aanmelding bij de NVALT een brief waarin het programma en de regels voor het cursorisch onderwijs vermeld staan.

Om de nieuwe assistenten in opleiding zo goed en zo snel mogelijk in het cursorisch onderwijs te laten instromen krijgen ze door het secretariaat NVALT plaatsen voor de cursussen toegevoegd.

Organisatie van het cursorisch onderwijs

Besloten werd het aantal cursisten op te hogen tot 45 (in 2011 tot 50) om iedere AIOS in de gelegenheid te stellen de cursussen bij te wonen. Voorlopig zal iedere cursus eenmaal per jaar gegeven worden. Er loopt een discussie over welk onderwijs landelijk, regionaal dan wel lokaal gegeven dient te worden. Toetsing zal plaatsvinden in het kader van het jaarlijkse HERMES-examen. Per cursusdag zal van iedere aios een eigen bijdrage van 150 euro gevraagd worden.

De commissie dankt de sprekers, medewerkers van de firma Glaxo Smith Kline, (logistieke ondersteuning) en het secretariaat van de NVALT voor de goede organisatie en ondersteuning.

(JvdA)

Commissie Richtlijnen (CRL) Jaarverslag 2010

De commissie richtlijnen bestond in 2010 uit de volgende leden.

Folkert Brijker	voorzitter
Kees van Felius	secretaris
Cecile Magis-Escurra	
Rik van Klink	
Bernt van den Blink	
Wessel Hanselaar	
Jeroen Hiltermann	
Rein van Rijswijk, opgevolgd door Maarten Tip	

In 2010 is de commissie tweemaal bijeengekomen en zijn er 3 telefonische vergaderingen geweest.

De CRL heeft in 2010 een begin gemaakt met een heroriëntatie op haar taken. Tijdens de zogenaamde Visionaire dag NVALT bestuur mei 2010 hebben Brijker en Melissant een bijdrage geleverd over het doel en de betekenis van richtlijnen, waarbij de volgende onderwerpen zijn besproken: implementatie, naleving, doelmatigheid, organisatie CRL, externe richtlijnen en juridische en overige consequenties. De CRL is bezig deze onderwerpen uit te diepen en de komende jaren te vorm te geven in nieuw beleid. Uitgangspunt zou kunnen zijn een adviesrapport van de Raad WOK dat in 2010 (in definitieve vorm) nog niet beschikbaar is. In praktische zin wordt er gewerkt aan een format voor de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen, die er vooral op gericht zal zijn om werkgroepen steun te geven de ontwikkeling zo efficiënt mogelijk op te zetten.

Het budget dat beschikbaar wordt gesteld door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS), opgericht door de Orde van Medisch Specialisten en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) moet in belangrijke mate worden aangewend voor ondersteuning door het CBO/TNO. Richtlijn ontwikkeling is zeer tijdrovend. Het is voor leden van werkgroepen aan te bevelen de daarvoor geëigende cursussen te volgen. Bij de ontwikkeling van nieuw richtlijnen is het aanbevelenswaardig steun te zoeken bij organisaties als CBO (in 2010 overgenomen door TNO) en de Dutch Cochrane bij het vinden van de relevante literatuur door het formuleren van adequate zoekvragen en het selecteren van kwalitatief goede artikelen en beoordelen van de waarde ervan. Dit levert veel tijdsparing op en draagt bij aan de verbetering van de kwaliteit van de uiteindelijke richtlijn. Een aantal leden van de CRL heeft overigens deelgenomen aan de door het CBO georganiseerde cursus EBRO (evidence based richtlijnontwikkeling) en AGREE.

De richtlijn Thoraxdrainage is afgerond en gepresenteerd in de voorjaarsvergadering van de NVALT en geaccepteerd, op 15 maart 2011 is deze formeel geaccordeerd.

De richtlijn Diagnostiek en behandeling van kleincellig bronchuscarcinoom is in 2010 afgerond.

De richtlijn Niet-kleincellig bronchuscarcinoom is in concept klaar in november 2010.

De richtlijn geïnitieerd door de Nederlandse vereniging voor Anesthesiologie is afgerond en voorzien van commentaar door de NVALT.

De richtlijn Verantwoord gebruik van biologics, geïnitieerd door de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie is afgerond en ge-

autoriseerd.

De richtlijn Hersenmetastasen van solide tumoren door de Landelijke Werkgroep Neuro-Oncologie (LWNO) is nov. 2010 eveneens in concept klaar.

De multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van COPD, onder beheer Long Alliantie Nederland, is geactualiseerd. De volgende richtlijnen zijn in ontwikkeling; hoesten, mesotheliom, interstitiële longziekten, ernstig astma, non-invasieve beademing en atypische (non-tuberculeuze) mycobacteriele infecties. Tenslotte wordt er in een samenwerkingsverband gewerkt aan in een nieuwe richtlijn pneumonie, waarin een vertegenwoordiging vanuit de NVALT participeert.

K. van Felius, secretaris

Commissie Tuberculose (CTB) Jaarverslag 2010

De commissie bestond 1-1-2010 uit de volgende leden:

P.D.L.P.M. van der Valk	Voorzitter
A.C. van Haften-van der Schee	Secretaris
N.A.H. van Hest	per 1 juni 2010 secretaris vertegenwoordiger sectie VvAwT)
R. van Altena	
M. Bakker	
M.J. Boeree	
H. van Deutekom (per 19 juli 2010 E.A.M. Mensen)	
W.C.M. de Lange	
J.H. van Loenhout-Rooyackers	
C. Magis- Escurra Ibanez	
R.P. van Steenwijk.	
P.J.H.J. van Gerven	vertegenwoordiger KNCV
S.O. Simons	vertegenwoordiger arts assistenten, per 12 juli 2010

De commissie belegde in 2010 drie vergaderingen, waarvan eenmaal met vertegenwoordigers van het Centrum voor Infectieziekten (Cib) van het RIVM

In juli 2010 maakten de voorzitter en secretaris een opzet voor een enquête onder longartsen in Nederland ter inventarisatie van zaken rond het benomen van tuberculose-coördinatoren in de ziekenhuizen maken met als belangrijkste vragen 1) is er een preventiebeleid 2) is er een tuberculosecoördinator en 3) zijn nu al taken voor de tuberculosecoördinator ingevuld. Op publicatie van de enquête in PulmoScript volgden weinig reacties. Daarop is de enquête opnieuw verstuurd via het secretariaat van de NVALT en de reacties hierop worden momenteel geïnventariseerd.

Veel aandacht ging uit naar inbreng van de NVALT bij de totstandkoming van het "Nationaal plan tuberculosebestrijding in Nederland 2010-2015", opgesteld door Annette de Boer (Cib) en Gerard de Vries (KNCV), in opdracht van het Ministerie van VWS. Hierover werd een extra vergadering ingelast en volgde een bijkomst met een delegatie van de commissie, enkele perifeer werkende longartsen buiten de commissieleden en vertegenwoordigers van het Cib en KNCV. Het plan moet inspelen op ontwikkelingen binnen Nederland, zoals een trend van dalende aantallen

tuberculosepatiënten (die wel steeds complexer wordt, medisch en sociaal, bijvoorbeeld door toegenomen gebruik van TNF-alfa blokkerende medicatie), dreigende afname van tuberculose-expertise met grote regionale verschillen en implementatie van EU regelgeving op het gebied van infectieziekten. Van belang is dat in Nederland tuberculose niet toeneemt, de tuberculosebestrijding van goede kwaliteit blijft en hoe de tuberculosebestrijding hierop dient te worden ingericht. Enkele lijnen in het plan zijn de verdergaande regionalisering, de rol van de longarts-tuberculosecoördinator en de afnemende activiteiten op de GGD'en, zoals immigrantenscreening, gedetineerdenscreening, indicaties voor BCG vaccinaties, grote contactonderzoeken, etc., op grond van kosteneffectiviteit analyses. Mogelijke regionale ontwikkelingen in de toekomst kunnen zijn een verschuiving van curatieve zorg, en mogelijk ook contactonderzoek of screening, naar de klinisch werkzame longarts.

Voorts werd gesproken over tuberculoseonderwijs door de School voor Longziekten, de revisie van de richtlijn "Medicamenteuze behandeling van tuberculose (2005) en werd een aanzet gegeven tot het herschrijven van de (inmiddels sterk verouderde) reumatologen richtlijn "Tuberculose en TNF- α blokkerende therapie" (2003), op verzoek van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding.

Presentaties:

Op de Najaarsvergadering van de NVALT (samen met VvAwT) op 8 oktober 2010 werden voordrachten verzorgd door drie commissieleden:

R. van Altena "Multidrug-resistente longtuberculose tijdens zwangerschap, medische en ethische aspecten. Een casus in Nederland"

N.A.H. van Hest "Hoe kom je er aan? Hoe kom je er van af!"

W.C.M. de lange "BCG blaasperikelen"

Dr. N.A.H. van Hest

Secretaris NVALT Commissie Tuberculose.

Commissie Visitatie Longziekten (CVL) Jaarverslag 2010

Samenstelling per 31 december 2010:

G.J. Jukema, voorzitter

Dr. F. Krouwels, secretaris

Dr. M.M.H. Hochstenbag

A.M. Janssens

Dr. R. Koppers

Dr. K.W. van Kralingen

Th. Macken

Dr. R.J. Meijer

S.J.M. Mol

G.D. Nossent

H. Otten

K.T.M. Oud

Ter bevordering van de kwaliteit van zorg en zorg voor kwaliteit zijn in 2010 zijn met secretariële ondersteuning van de NVALT 20 kwaliteitsvisitaties bij maatschappen en vakgroepen uitgevoerd. Het visitatierapport wordt, nadat het is besproken in de voltallige

commissie, met conclusies en aanbevelingen aan de gevisiteerde longartsengroep gepresenteerd. Deelname aan kwaliteitsvisitaties is m.i.v. 2006 na besluit in de ledenvergadering voor alle longartsen verplicht. Bovendien is aantoonbare deelname noodzakelijk voor herregistratie.

In september 2010 hebben R. Termeer, P. de Bruijn en W. van Veldhuizen na een zittingstermijn van 8 jaar afscheid genomen van de commissie.

Tot de commissie zijn toegetreten K. Oud, G. Nossent en R. Meijer. Zij hebben allen de verplichte visitatietraining bij het CBO gevolgd. G. Jukema heeft de functie van voorzitter overgenomen en F. Krouwels de functie van secretaris.

In 2010 heeft de commissie driemaal een plenaire vergadering ter bespreking van de visitatierapporten gehouden en eenmaal een vergadering voor het bespreken van het kwaliteitsbeleid.

In de algemene ledenvergadering van 23 april 2010 is het besluit aangenomen dat de conclusies en aanbevelingen uit het rapport, na akkoord bevinding van de gevisiteerde maatschap, door de NVALT rechtstreeks gezonden zullen worden aan de Voorzitter van de Raad van Bestuur en het Medisch Stafbestuur.

Vanuit de Raad WOK is een landelijke commissie ingesteld die zich uitsluitend richt op de kwaliteitsvisitaties. Namens de NVALT is G. Jukema in deze commissie vertegenwoordigd. Deze commissie streeft onder andere naar meer uniformiteit in de wetenschappelijke verenigingen met betrekking tot inhoud en opzet van het visitatierapport.

Een belangrijk punt in het visitatierapport wordt het vervolgen van de uitkomsten middels navraag en terugrapportage m.b.t. de gedane adviezen. Hierbij wil men komen tot differentiatie van de adviezen naar voorwaarde, zwaarwegend advies en aanbeveling, met daaraan gekoppeld een tijdspad van realisatie.

De visitatiecommissie van de NVALT werkt aan een eerste opzet hiervan, wat in de loop van 2011 verder uitgewerkt gaat worden en t.z.t. ter goedkeuring aan de ledenvergadering voorgelegd zal worden.

Werkgroep allergie en beroepsastma (WAB) Jaarverslag 2010

B.E.A. Hol

Voorzitter

P.Th.W. van Hal

Secretaris

De werkgroep allergie en beroepsastma (WAB) heeft in het jaar 2010 geen bijeenkomsten kunnen organiseren. Een korte inventarisatie in 2011 onder een aantal leden maakte duidelijk dat er wel degelijk de intentie bestaat om geregeld bijeen te willen komen. Sinds de laatste vergadering op donderdag 3 december 2009 staat er nog het plan om te beoordelen of onze werkgroepbesprekingen mogelijk gezamenlijk met de allergologen gehouden kunnen gaan worden. Dit mede in het kader dat richtlijnen, waar mogelijk en zinvol, multidisciplinair gedragen moeten worden. Ook is in 2009 gediscussieerd over de vraag of de naam WAB niet beter kon worden gewijzigd in WAA (werkgroep allergie en astma). Een dergelijk besluit zal breed gedragen moeten worden en is nu verplaatst naar de besprekingen in 2011. Tevens zal op de eerste

bespreking in 2011 aandacht worden besteed aan de landelijke ervaringen met omalizumab. Dit in verband met het feit dat 5 jaar geleden, te weten in juni 2006, het middel omalizumab in Nederland beschikbaar kwam via de lijst dure geneesmiddelen.

P. van Hal, Secretaris WAB

Werkgroep Ademhalingstoornissen van de Slaap (WAS) Jaarverslag 2010

Reindert van Steenwijk Voorzitter
Michiel Eijsvogel Secretaris

Huishoudelijk

Proefplaatsing CPAP. Over de bekostiging van proefplaatsing CPAP is veel te doen geweest. Uiteindelijk heeft het CvZ besloten dit niet separaat te vergoeden voor de specialisten of CPAP leveranciers. Feitelijk valt dit onder het ziekenhuisdeel van de DBC. De praktijk dat de CPAP leveranciers deze kosten voor hun rekening nemen blijft dus onveranderd bestaan.

Accreditatie. Uiteindelijk is besloten is om de ontwikkeling van accreditatie van OSAS-klinieken groen licht te geven. Na een periode van proefaccreditatie volgt evaluatie en terugrapportage aan het NVALT-bestuur. Een commissie is hiervoor benoemd (van Kralingen, Hassing)

Prestatieindicatoren. OSAS. Deze houden ons allemaal bezig! De officiële van Zichtbare Zorg zijn definitief en hieraan kan eenvoudig worden voldaan. Daarnaast hebben diverse Ziektekostenverzekeraars eigen criteria ontwikkeld, waar op vrijwillige basis als ziekenhuis kan worden ingeschreven. Een voorbeeld hiervan is Menzis-TopZorg. Tenslotte heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een officiële separate set indicatoren samengesteld (welke niet door de wetenschappelijke verenigingen i.t.t. Zichtbare Zorg indicatoren is geaccordeerd). Om een signaal af te geven heeft het NVALT-bestuur op verzoek van de WAS reeds een brief naar ZN geschreven, mede ondertekend door het bestuur van de KNO-artsen en Neurologen.

Presentaties 2010 :

CBR-keuringen OSAS; hoe doen we dat?

Ruud Bredewoud, hoofd medische zaken CBR, Frank Alkema, senior medisch adviseur CBR

Een helder betoog waarbij de volgende zaken van belang zijn: In principe is er geen plicht om personen die als niet rijvaardig worden aangemerkt aan te geven bij het CBR. Uiteraard moet wel in kader van de WGBO de patiënt ingelicht worden over de consequentie van de diagnose OSAS: niet rijden tot respectievelijk 2 (private rijders) of 3 maanden (beroeps chauffeurs) tot adequate behandeling is gegeven. Deze mededeling moet als zodanig vastgelegd worden (gelijk andere informatie gegeven aan patiënten) in het medisch dossier en correspondentie. De burger is als verantwoordelijk persoon zelf verplicht om stappen richting CBR te nemen. Als de arts toch vindt dat betrokkene uit het verkeer gehaald moet worden als hij dat niet spontaan gedaan heeft, kan dat op grond van gewetensbezwaar. Dit argument kan tuchtrechtelijk getoetst worden (zie ook Medisch Contact 2004: "keuren of informeren" (Googlen op titel is genoeg)

* Wie: het hoeft wettelijk geen onafhankelijk specialist te zijn.

Als de vertrouwensrelatie in het gedrang dreigt te komen, kan altijd verwezen worden naar een collega.

* Wat: Van de keurend arts wordt een consistent en logisch rapport verwacht, waarin aangegeven wordt of patiënt aan de regels ten aanzien van rijvaardigheid voldoet. De vrijheid voor de keurder voor groep 1 (niet professionele rijder, rijbewijs ABE) zit hem eigenlijk alleen in de termijn (max 3 jaar, mag dus korter).

* Blokkeringrecht: de keurling heeft het eerste recht op het rapport en kan besluiten dat het niet naar het CBR wordt doorgestuurd. (WGBO)

* De honorering is eigenlijk niet geregeld. Er zou een tarief moeten worden vastgesteld (Orde-NZA). Een precedent is het tarief van de cardiologen voor de ICD-keuring van € 160,26. Dit is echter een max tarief! Het ligt voor de hand om bij een administratieve exercitie hier niet het onderste uit de kan te halen.

Narcolepsie update. Boeiende uitgebreide voordracht en fraaie video's (kataplexie aanval) met vele vragen en interessante discussie. Dank Sebastiaan Overeem! (Neuroloog)

Positietherapie bij OSAS, ontwikkelingen. Eline van Beest, Ing. Delft. De behandeling van houdingsafhankelijk OSAS wordt besproken. Duidelijk is dat meer onderzoek nodig is. De TU-Delft heeft een smart-device ontwikkeld en tast de mogelijkheden af. 2 onderzoeken (Lucas, MST) zijn in de startfase. De aanwezigen geven veel positieve respons aan de ontwikkelaarster en haar compagnon.

Circulatietijd bij OSAS. Klaas van Kralingen. Leiden. Fraai voorbeeld van praktisch uitvoerbaar pathofysiologisch onderzoek bij OSAS. De long-oor tijd (surrogaat circulatietijd) blijkt te verlenen bij toenemende ernst van het OSAS.

Werkgroep COPD (WCOPD) Jaarverslag 2010

Ralph Koppers voorzitter
Henk Otten secretaris

De werkgroep COPD heeft als opvolger van de werkgroep Revalidatie in de afgelopen 2 jaar haar bestaansrecht bewezen. Zo worden de vergaderingen goed bezocht door collega longartsen, worden de vergaderingen gebruikt als klankbord (o.a. voor de ontwikkeling van de Zorgstandaard COPD) en als forum waar vertegenwoordigers van de NVALT in allerlei gremia hun activiteiten toelichten (o.a. de longzorgmeter NAF, zelfmanagement bij chronische aandoeningen LAZ).

Het bestuur van de NVALT heeft de werkgroep gevraagd om adviezen (o.a. de Prestatie-indicator Ondervoeding, toelating roflumilast) en om vertegenwoordigers voor te dragen voor commissies (LAN adviescommissie Individuele preventie en zorg, Adviesraad Stichting Zorg binnen bereik, Steungroep Zorgglastmeter en de begeleidingscommissie bijscholing CAHAG).

Achter de schermen heeft het bestuur van de WCOPD met enkele geïnteresseerden (Huib Kerstjens, Yvonne Heijdra, Alex van 't Hul en Jan Vercoulen) voorbereidende werkzaamheden verricht om een landelijk onderzoek COPD van de grond te tillen.

De voorjaarsvergadering werd bezocht door 15 longartsen, en had als agendapunten "Gedetailleerde assessment van de gezondheidstoestand als voorwaarde voor behandeling op maat: NCSI"

door Jan Vercoulen. Daarnaast praatte collega Remco Djamin ons bij over zijn ervaring in de regio Breda met "Zorgstandaard COPD vertaald naar de praktijk: voorbeeld Samenwerkingsverband 1^{ste} en 2^{de} lijn".

De najaarsvergadering werd bijgewoond door 17 longartsen. Hier werd de oprichting van de Werkgroep Palliatieve Zorg COPD toegelicht. Ook kwamen de problemen m.b.t. de richtlijn Palliatieve Zorg COPD ter sprake. Als agendapunt "Zorgstandaard COPD. Consequenties voor de praktijkvoering van de longarts".

Werkgroep Endoscopie (WES) Jaarverslag 2010

Peter Kunst	Voorzitter
Erik van der Heijden	Secretaris per 26 okt 2010
Franz Schramel	gecombineerd secretaris WON/WES tot 26 oktober 2011

In 2010 werd op 27 april 2010 gezamenlijk met de WON vergaderd en op 26 oktober 2010 voor de eerste maal zelfstandig. Er waren verschillende redenen die hebben geleid tot het splitsen van de vergaderingen van WON en WES. Ten eerste agendaproblematiek: splitsen biedt voordelen in de zin dat het ervaren werd dat er door agendadruk onvoldoende ruimte was om de doelen van WES te realiseren. Vervolgens werd vastgesteld dat de doelen van WES breder zijn dan alleen de oncologische endoscopieën. De WES stelt zich tot doel om onderzoek te initiëren en te begeleiden, onderwijs en trainingsmogelijkheden te organiseren en te streven naar verdere verbetering van kwaliteit van endoscopische ingrepen en procedures. Daarom werd besloten om per 26 oktober 2010 aparte WES vergaderingen te beleggen. Erik van der Heijden werd benoemd tot secretaris van de WES.

In 2010 was een belangrijk thema in de vergaderingen discussie over het vaststellen van kwaliteitscriteria voor thoracoscopie en endo-echografie. Er zijn voor beide onderdelen werkgroepen samengesteld met als taak dat in 2011 namens de WES documenten zullen worden opgesteld waarin op hoofdlijnen criteria voor opleiding (wie is bekwaam en bevoegd), inbedding in praktijk en kwaliteitsborging zal worden beschreven. Ter inventarisatie werd over thoracoscopieën een enquête verricht onder alle leden van de vereniging.

Onderzoek:

De NVALT 14 studie is in 2010 voorbereid en recentelijk als multicenter studie gestart (Michel van den Heuvel). Een studie naar behandeling primaire spontane pneumothorax werd voorbereid door Chris Moonen en zal naar verwachting in 2011 starten. Dirk-Jan Slebos gaf updates over de ontwikkelingen op het gebied van bronchoscopische longvolume reductie.

Onderwijs:

In 2010 heeft Sutedja scholing voor bronchoscopie opgezet, Kunst een cursus thoracoscopie georganiseerd, Annema heeft cursussen endo-echografie en transthoracale echografie georganiseerd en van der Heijden een cursus endo-echografie. In 2011 zal wordt gestreefd om binnen de WES tot een verdere afstemming en stroomlijning van de verschillende initiatieven tot scholing.

E van der Heijden (secretaris WES)

Werkgroep Interstitiële longziekten (WIL) Jaarverslag 2011

Paul Bresser	Voorzitter
Frans Krouwels	Secretaris

Vanuit de werkgroep is er een commissie gevormd die zich bezig houdt met het opstellen voor een Nederlandse richtlijn voor diagnostiek en therapie van interstitiële longziekten en sarcoidose. De bedoeling is een document te maken wat te gebruiken is als een praktische leidraad, vanzelfsprekend gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing. De verwachting is dat deze richtlijn het komend jaar kan worden afgerond. Deze activiteit heeft geleid tot hernieuwde contacten en goede samenwerking binnen de groep. Hiermee is een basis gelegd voor verdere samenwerking en doorstart van de werkgroep ILD.

Werkgroep Infectieziekten (WIZ) Jaarverslag 2010

R.E. Jonkers	voorzitter
vacant,	Secretaris

Er werd in 2010 niet plenair vergaderd. Er was regelmatig telefonisch overleg binnen de werkgroep en tussen het bestuur van de werkgroep en het bestuur van NVALT.

R.E. Jonkers participeerde met mandaat van de NVALT in een ad hoc commissie die onder de vlag van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen (ZiZo) een document opstelde resulterend in de omschrijving van een aantal kwaliteitsindicatoren voor de aandoening pneumonie. Helaas is door een actie van ziektekostenverzekeraars de implementatie hiervan niet doorgestaan. Wel kwam tijdens deze activiteit boven water dat de in 2009 aan de Inspectie aangeleverde prestatie-indicator betreffende de tijd tussen presentatie met CAP in het ziekenhuis en de toediening van antibiotica, op grond van nieuwe gegevens uit de literatuur niet meer te handhaven was. In verband hiermee werd samen met de NIV overlegd met de inspectie over het aanpassen van de indicator, dan wel het aanwijzen van een andere indicator. Dit heeft geresulteerd in het beperken van het toepassen van de indicator voor alleen die patiënten die aan de criteria voor sepsis voldoen.

Er werd samen met de SWAB een commissie ingesteld met een ruime vertegenwoordiging vanuit de Werkgroep (W.G. Boersma, R. Aleva, R.E. Jonkers) en met mandaat vanuit de NVALT, met als doel te komen tot één Nederlandse richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van CAP uitgaande van de NVALT richtlijn uit 2003 en de SWAB richtlijn uit 2005. Naar verwachting zal de eerste complete concepttekst medio 2011 voor beoordeling aan een aantal leden van de Werkgroep kunnen worden voorgelegd.

Werkgroep longfunctie (WLF) Jaarverslag 2010

Dr. J.G. van den Aardweg	Voorzitter
Dr.ir. F.H.C. de Jongh	Secretaris

De werkgroep longfunctie is in 2010 twee maal bijeen geweest in Utrecht. De bijeenkomsten zijn standaard op de eerste woensdag

van maart en van oktober, van 15.00-18.00 uur. Elke vergadering omvat drie componenten:

1. presentatie van wetenschappelijk onderzoek op longfysiologisch gebied
2. bespreking van beleidsmatige en algemene vragen ten aanzien van het longfunctielaboratorium en
3. bespreking van klinisch-fysiologische problematiek.

De werkgroep beoogt een forum te zijn op deze drie gebieden. Ieder NVALT-lid kan een longfunctie-analist, onderzoeker of andere geïnteresseerde mee nemen naar de bijeenkomst. De bijeenkomsten van onze werkgroep worden ook bijgewoond door (bestuurs) leden van de NVLA en sBLA.

In maart sprak Maarten Ninaber (LUMC Leiden) over Repeatability of central chemosensitivity to carbon dioxide in systemic sclerosis and healthy controls, Frank Visser (UMCN, Nijmegen): Is inspiratie nog inspirerend? Frederike Oomen (Medisch Centrum Alkmaar) over: Obesitas als oorzaak van luchtwegobstructie: diagnose door het meten van continue luchtwegimpedantie en Bart Boerrigter (VUMC Amsterdam): Effect of dynamic hyperinflation on pulmonary hemodynamics and right ventricular function in chronic obstructive pulmonary disease

Op de oktober bijeenkomst was het wetenschappelijk programma voornamelijk gericht op diffusie-metingen. Sprekers waren Eline Oppersma (MST, Enschede) CO-diffusie: single, intra, total breath of rebreathing of toch NO-diffusie?, Peter Diederer (UMC Maastricht): Invloed van alveolair volume op DLCO en DLNO en Esther van Osselen (UMC Utrecht, Antonius Ziekenhuis Nieuwegein): Diffusiecapaciteit voor NO en CO: afhankelijk van breath-holding time of niet?

De cursus "Ergometrie voor de longarts" is een vast jaarlijks onderdeel en in 2010 werd de cursus zelfs tweemaal gehouden vanwege de overweldigende belangstelling en het gelimiteerd aantal plaatsen vanwege het sterk interactieve karakter. Wederom was het olympisch stadion in Amsterdam de passende cursus locatie. Ook dit jaar was de cursus, georganiseerd door A. Boonstra, A. Vonk Noordegraaf en het secretariaat van de NVALT wederom twee maal tot de laatste stoel volgeboekt. De combinatie van een korte theoretische inleiding gevolgd door uitgebreide beoordeling van ergometrisch onderzoek in werkgroepen door de deelnemers zelf bleek wederom zeer goed aan te slaan en wordt in 2011 herhaald.

Werkgroep Mesotheliomen (WMT) Jaarverslag 2010

Sjaak Burgers Voorzitter
Hugo Schouwink Secretaris
Noël Schlösser Penningmeester

Ook dit jaar waren de belangrijkste aandachtspunten van de werkgroep de klinische studies, de nieuwe richtlijn, de samenwerking met het Instituut Asbestslachtoffers (IAS) en met de patiëntenvereniging.

Studies:

- De NVALT 5 studie (P. Baas, Amsterdam; p.baas@nki.nl) Na het sluiten van de inclusie per 31 december 2009 zijn ver-

schillende analyses verricht. De toxiciteit is gepresenteerd op het internationale mesotheliomencongres in Kyoto. De overlevingsdata zullen op de ASCO 2011 worden gepresenteerd.

- De internationale 2^{de} lijns studie die randomiseert tussen behandeling met Vorinostat of placebo is gesloten (Baas, Amsterdam; p.baas@nki.nl). Nederland heeft de meeste patiënten kunnen includeren.
- Voor mogelijkheden om patiënten aan de 'dendritische-celtherapie' studie, een onderhoudsbehandeling na 1^{ste} lijns chemotherapie, kan contact opgenomen worden met Joost Hegmans, Rotterdam; j.hegmans@erasmusmc.nl of Joachim Aerts, Breda; jaerts@amphia.nl.
- Geopend zijn
 - de gerandomiseerde studie naar het effect van debulking chirurgie na eerste lijns chemotherapie (van Klaveren, Rotterdam; r.j.vanklaveren@erasmusmc.nl). Dit is wereldwijd de eerste studie die randomiseert tussen een chirurgische en een niet chirurgische arm.
 - de 'axitinib'-studie, waarbij deze angiogeneseremmer wordt toegevoegd in een fase I-II opzet aan de standaard 1^{ste}-lijn chemotherapie (Buikhuisen, Amsterdam; w.buikhuisen@nki.nl).
 - de 'mesotheline-studie', een internationale gerandomiseerde fase III studie, waarbij aan de standaard 1^{ste}-lijn chemotherapie al dan niet behandeling met een antilichaam gericht tegen mesotheline wordt toegevoegd (o.a. Schouwink, Enschede; j.schouwink@ziekenhuis-mst.nl).

Richtlijn:

- Beide werkgroepbesprekingen is aandacht besteed aan dit onderwerp, o.a. met presentaties van Daniel Serman (Philadelphia) over de nieuwe NCCN richtlijn en van Jako Burgers (CCMO) over criteria waaraan een richtlijn moet voldoen. Verwacht wordt dat op de najaarsvergadering van 2011 de richtlijn kan worden gepresenteerd.

Nieuwe ontwikkelingen:

- Lotte Lutkenhaus, studente technische geneeskunde presenteerde haar data over volumetrische PET analyses van het mesotheliom (total glycolytic volume metingen), werkt verricht in het Medisch Spectrum T wente .

Instituut Asbestslachtoffers:

- Het systematic review naar de waarde van biomarkers bij het mesotheliom is gepresenteerd in Kyoto. Publicatie volgt.
- Momenteel is een nieuwe database beschikbaar, met daarin alle patiënten die door de NVALT werkgroep zijn beoordeeld voor het IAS, aangevuld met gegevens van asbestexpositie (IAS data), pathologie (Nederlands Mesotheliomen Panel), overleving (Sociale Verzekeringbank).

Werkgroep Oncologie (WON) Jaarverslag 2010

Prof.dr. H Groen voorzitter
Dr. F.Schramel secretaris

In 2010 heeft de WON 2 x vergaderd, d.d. 27.04.2010 voor het laatst samen met de WES en d.d. 14.10.2010. De diverse NVALT studies vormen het hoofd bestanddeel van de

vergadering. De voortgang van de studies werden besproken en ook nieuwe studie ontwerpen kwamen aan bod tijdens de vergaderingen. Eind 2010 werd het studie ontwerp van de nieuwste studie, de NVALT 13 besproken. Hieronder een opsomming van de status van de diverse NVALT studies

- a. NVALT 3 is gepubliceerd in *Annals of Oncology* 2011.
- b. NVALT 4 artikel is in concept klaar. De resultaten van deze studie worden besproken. Geconcludeerd kan worden dat een COX-2 remmer celecoxib geen meerwaarde heeft in de behandeling van het niet-kleincellig longcarcinoom stadium IIIB/IV in termen van progressie-vrije of algehele overleving. Wordt opgestuurd naar *Journal of Clinical Oncology*.
- c. NVALT 5 artikel wordt thans geschreven. Geconcludeerd kan worden dat thalidomide geen meerwaarde heeft in de behandeling van het maligne mesothelioom.
- d. NVALT 6 is gepubliceerd in *Anti Cancer Research*.
- e. NVALT 7 is gepubliceerd in *Journal of Clinical Oncology*.
- f. NVALT 8. Resectabele niet-kleincellige longcarcinomen worden gerandomiseerd tussen al of geen behandeling met nadroparine na behandeling met chemotherapie (waarvan de combinatie cytostatica afhankelijk is van de histologie van de tumor). Thans zijn er 113 patiënten geïncludeerd. De studie heeft ook maatschappelijke relevantie gehad. De studie is nog eens gepasseerd bij oa. de IGZ, de CCMO. Alle partijen ondersteunen deze studie. Daarnaast was de langdurige behandeling door lokale METc's voor de CCMO aanleiding om het proces van lokale toetsing nog eens voor het licht te houden. Er zullen aanbevelingen worden gedaan om het proces van lokale toetsing beter te stroomlijnen zodat er geen onnodig tijdsverlies zal optreden.
- g. NVALT 9. Een studie met een palliatief thema; pijn bestrijding van ossale metastasen met ibandronaat bij patiënten met gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom. Thans zijn er 20 patiënten geïncludeerd. De studie is in 2011 onhold ivm een geplande interim analyse
- h. NVALT 10. Tweedelijns studie waarbij randomiseerd wordt tussen erlotinib versus erlotinib met pemetrexed bij patiënten met niet-kleincellig longcarcinoom. In tegenstelling tot eerdere studies wordt de TKI tussen de chemotherapie door gegeven. Deze studie loopt voortreffelijk en snel.
- i. NVALT 11. Gerandomiseerde studie van PCI bij patiënten met stadium III niet- kleincellig longcarcinoom die behandeld worden met combined modality treatment
- j. NVALT 12 is recent gestart. Gerandomiseerde studie van carboplatin/paclitaxel/bevacicumab met al of niet een nitraat pleister.
- k. NVALT 13 is in de maak. EGFR-TKI bij patiënten met hersenmetastasen.

Andere onderwerpen die ruimschoots werden belicht waren o.a. de update van de richtlijn niet kleincellig bronchuscarcinoom uit 2003, en het formuleren van de richtlijn kleincellig bronchuscarcinoom. Beide richtlijnen zullen in 2011 worden geaccordeerd door de leden vergadering van de NVALT. Egbert Smit werd door de vergadering van de WON gemandateerd om als gesprekspartner te dienen voor de vorming van de indicatorenset longcarcinoom van de Zichtbare Zorg Ziekenhuizen De indicatorenset is eind 2010 definitief geformuleerd en zal in 2011 verder moeten worden geïmplementeerd.

Werkgroep Pulmonale hypertensie (WPH) Jaarverslag 2010

Anco Boonstra Voorzitter
Repke Snijder Secretaris

De WPH kwam in deze jaarperiode 5 x bij elkaar (2 maandelijks met zomerreces)

De vergaderingen worden bezocht door 4 tot 16 collegae per keer. De werkgroep functioneert nog steeds als interdisciplinaire werkgroep van longartsen, cardiologen, reumatologen, kinderarts-cardiologen, vasculair geneeskundigen-internisten en thoraxchirurgen.

De januari bijeenkomst werd zoals gewoonlijk weer opgezet als een klinisch pathologische conferentie. Hierbij word de casus gepresenteerd als in de NEJM en door de patholoog anatoom met lichtbeelden becommentarieerd. De tijdstippen van aanvang zijn vervroegd i.v.m. de reisafstand van de collegae die aan de grenzen van Nederland wonen. Op de gebieden die het bestaan van de werkgroep rechtvaardigen werd actief geregeerd. Er waren contacten met zorgverzekeraars en CVZ over adviezen over registratie en vergoedingen. Er waren 7 presentaties van klinici-leden of uitgenodigde promovendi-onderzoekers over hun PH gerelateerde onderwerpen. De krapte op de longtransplantatie wachtlijst die met name voor PH patiënten zuur is werd besproken met de collegae die ook daar actief zijn.

De nieuwste Europese richtlijnen voor PH werden onverkort aangenomen als vervanger voor de al 6 jaar oude NVALT richtlijnen. Dit werd ook gecommuniceerd naar de wetenschappelijke verenigingen van de interdisciplinaire collegae die in de werkgroep zitten. Er is een formeel endorsement van de cardiologen, reumatologen, internisten en kinderartsen-cardiologen gevraagd en al deels gekregen.

Het ICIN (Interuniversitair Cardiologisch Instituut Nederland) heeft Pulmonale Hypertensie bij hartziekten als een speerpunt gekozen. Zij hoopt dit via het werkgroep lid Arie van dijk, cardioloog in Nijmegen uit te dragen. Voorlopig heeft dit er toe geleid dat er een initiatief is om het "open source" research database management systeem "Open Clinica" wat in het VUMC de basis voor de PH registratie vormt in alle PH ziekenhuizen voor gebruik aan te bieden.

Ondanks de eenmalig lage opkomst heeft de werkgroep nog steeds bestaansrecht en vervult het een duidelijke functie. Vooral nog zal de vergaderfrequentie gehandhaafd blijven.

Anco Boonstra, voorzitter

Werkgroep palliatieve zorg (WPZ) Jaarverslag 2010

Bert Baas Voorzitter
Kris Mooren Secretaris
Datum eerste vergadering: 16 november 2010

Het verlenen van palliatieve zorg wordt steeds meer op waarde geschat. Er moet binnen de NVALT een orgaan zijn dat zich met

palliatieve zorg voor longpatiënten bezighoudt, om te voorkomen dat dit het terrein van verpleeghuisartsen en huisartsen. Dit, terwijl longartsen de meeste expertise hebben als het gaat om het begrijpen en bestrijden van dyspneu. Met deze achtergrond werd de WPZ in 2010 opgericht met akkoord van de NVALT op de najaarsvergadering (8-10-2010). Er was onder NVALT-leden veel animo om deel te nemen aan de werkgroep: er zijn op dit moment 28 leden. De eerste werkgroepbijeenkomst vond plaats in Tiel in november 2010.

De werkgroep zal zich allereerst richten op palliatieve zorg bij COPD, omdat hier veel minder over bekend is dan over palliatieve zorg bij (long)kanker. Echter, het is goed denkbaar dat de werkgroep het terrein in de toekomst zal uitbreiden. Dit is ook de voornaamste reden, dat de werkgroep palliatieve zorg geen onderdeel uitmaakt van de werkgroep COPD. Met deze werkgroep zal uiteraard worden samengewerkt waar dit nodig is.

Doelstelling van de werkgroep is het verbeteren van palliatieve zorg rondom COPD in de volgende domeinen:

1. organisatie van zorg,
2. het vergaren van kennis en faciliteren van wetenschappelijk onderzoek.
3. verspreiding van kennis.

In 2010 is door de leden van de werkgroep commentaar geleverd op de CBO-richtlijn 'palliatieve zorg bij mensen met COPD'. Ten tweede zijn de fundamenteen gelegd voor een symposium over palliatieve zorg, te houden in 2012.

K. Mooren, Secretaris WPZ

Werkgroep Tabaksverslaving (WTV) Jaarverslag 2010

Samenstelling per 31 december 2010:

P.C. Dekker en W. de Kanter - Koppenol, voorzitters
P. Eppinga, secretaris

De werkgroep Tabaksverslaving kwam in het jaar 2010 eenmaal bijeen. Ook dit jaar was er hierbij een vertegenwoordiging aanwezig van STIVORO en van de V & VN, afdeling Longverpleegkundigen. Zo werd een multidisciplinair overleg tabaksverslaving gerealiseerd.

In het jaar 2010 is er een DBC operationeel geworden voor activiteiten die plaatsvinden op een polikliniek stoppen met roken in een ziekenhuis. Dit heeft ertoe geleid dat in meer ziekenhuizen een dergelijke poliklinische voorziening beschikbaar komt voor verschillende groepen, die onder begeleiding willen stoppen met roken. Het blijkt in de praktijk dat het niet altijd eenvoudig is een dergelijke polikliniek op te starten en gebruik te kunnen maken van daartoe gekwalificeerd personeel. De commissie Tabaksverslaving zal hiertoe in de nabije toekomst duidelijke adviezen formuleren. Daarbij zal ook rekening gehouden worden met de eisen die hierbij door de overheid en verzekeraars worden gesteld.

Tijdens de vergadering van de werkgroep Tabaksverslaving hield Dr. D. Kotz, epidemioloog, een voordracht over de effectiviteit van verschillende interventiestrategieën bij het stoppen met roken.

Eind 2010 werd duidelijk dat na lang wachten de hulpmiddelen en de medicatie, die gebruikt wordt bij een rookstopinterventie, vergoed zullen worden door de ziektekostenverzekeraars. Deze regeling is ingegaan op 1 januari 2011. Het staat iedere zorgverzekeraar vrij daar bepaalde voorwaarden aan te stellen.

In oktober 2010 vond een tweedaagse bijscholing plaats over tabaksverslaving en het gebruik van een speciale gesprekstechniek in de vorm van zogenaamde motivational interviewing. Professor R. West van de universiteit van Londen leverde hierbij een belangrijk aandeel.

Sectie Assistenten (ASS) Jaarverslag 2010

Samenstelling bestuur

S.M. de Hosson	Voorzitter, Bronkhorst Colloquium
S.O. Simons	Secretaris, School voor Longziekten, Commissie Tuberculose, Bronkhorst Colloquium
B.J. Knipscheer	Penningmeester, School voor Longziekten, Cursorisch onderwijs
G.G. Epping	Concilium
M.J. van Harskamp	Concilium, LVAG
K.J.M. Mooren	Concilium, website
N.M. Thönissen	LVAG, Cursorisch onderwijs
M.J. Tip	Richtlijnen, Assistentendag

De collega's Braam, Cornelissen, Tjong, van Rijswijk en Rootmen- sen hebben in 2010 het assistentenbestuur verlaten. Wij danken hen voor hun inzet gedurende de afgelopen jaren. Hun plaatsen zijn ingenomen door de collega's Tip en Thönissen.

Vanuit de sectie assistenten wordt jaarlijks de assistentendag georganiseerd. Deze werd in 2010 georganiseerd in Utrecht. Het thema van het wetenschappelijk programma was "vaten". Ontspanning werd verkregen op een rondvaarttocht over het IJsselmeer. De deelnemers waren erg enthousiast over de gehele dag. De editie 2010 mag daarom weer als geslaagd worden beschouwd. De sectie bedankt de betrokken organisatoren en sprekers voor hun inzet. Het afgelopen jaar is er een enquête gehouden onder de aios. In deze enquête kwam een grote diversiteit aan vergoedingen naar boven. Naar aanleiding hiervan is aan een document gewerkt, waarin zaken staan die volledig vergoed zouden moeten worden voor de assistenten. Dit document is recentelijk op de website verschenen.

Tevens is er vanuit de sectie - binnen de structuur van het LAD en de Jonge Orde- actie gevoerd tegen de invoering van het profijtbe- ginsel. Hierbij zouden AIOS zelf een deel van de opleiding moeten betalen. Een brief naar de Tweede Kamer en een actieve lobby hebben er gelukkig voor gezorgd dat deze maatregel (voorlopig) van de baan is.

In 2010 is het HERMES examen van start gegaan. Wij hebben de introductie hiervan kritisch gevolgd. Naar aanleiding van gerezen logistieke problemen zal het examen van 2011 op een vroegtijdig tijdstip worden doorgegeven en zal het op een zaterdag worden gehouden. De sectie zal het verloop van het examen op de voet blijven volgen.

De sectie is actief binnen de School voor Longziekten (SvL) om een bijdrage te leveren aan de verdere professionalisering van het

onderwijs. Hiertoe hebben we een visiedocument geschreven met onze inzichten over het onderwijs aan de assistenten. De komende periode zal het assistentenbestuur binnen de SvL verder invulling geven aan de ontwikkeling van het toekomstig onderwijs aan de assistenten.

Tenslotte is in 2010 de vernieuwde website in de lucht gegaan. Dit om onze achterban beter te kunnen informeren. Wij hopen dat de website de komende jaren een meer interactief karakter zal gaan krijgen.

S. O. Simons,
secretaris sectie assistenten

Sectie School voor Longziekten (SSvL) Jaarverslag 2010

Samenstelling:

J-W.J. Jan-Willem Lammers	Voorzitter
W.C.M. Wiel de Lange	Secretaris
H.G.M. Harry Heijerman	Lid
B.J. Barbara Knipscheer	Lid namens assistenten
EH. Frans Krouwels	Lid namens commissie Bronkhorst
S.O. Sami Simons	Lid namens assistenten
E.J.M. Els Weersink	als wetenschappelijk secretaris

In het "Visiedocument scholing en nascholing longartsen. NVALT, 2010" heeft de NVALT helder beschreven in welke richting de inhoud en organisatie van de scholing en nascholing in de longgeneeskunde zich dienen te ontwikkelen. In dit visiedocument wordt aan de SSvL de taak toebedeeld om het werken aan de toekomstige inrichting van de scholing en nascholing, dat in verschillende commissies en werkgroepen plaatsvindt, te coördineren en structureren. Het visiedocument sluit af met de vraag aan de SSvL om een businessplan voor de (inhoud, organisatie en financiering) van de scholing en nascholing in de longgeneeskunde op te stellen. Hiermee is de sectie school voor longziekten inmiddels druk bezig met externe hulp van het bureau KNMG consult. Op basis van dit businessplan moet de SSvL adequaat een coördinerende rol kunnen vervullen tussen de commissies en werkgroepen die zich binnen de NVALT richten op scholing en nascholing in de longgeneeskunde. Naast een coördinerende rol verwacht het bestuur van de NVALT van de SSvL ook een structurerende rol. De scholing en nascholing in de longgeneeskunde dienen zodanig te worden gestructureerd dat een onderwijscontinuüm ontstaat en de scholing en nascholing kunnen voldoen aan de eisen die maatschappij en de beroepsgroep (in de toekomst) hieraan stellen. De SSvL krijgt hiermee een leidende rol toebedeeld voor wat betreft de scholing en nascholing van de NVALT. De uitwerking is in volle gang en de implementering zal in 2011 gaan starten.

Longartsenweek 2010

Traditioneel organiseert de SSvL jaarlijks begin april de longartsenweek. 2010 betrof de 7^e editie en ook deze mag als zeer geslaagd worden beschouwd met bijna 400 deelnemers. Het thema van 2010 was "Diffuse long- en vaataandoeningen". Een fraai geheel aan gerelateerde onderwerpen werd vakkundig en interactief in beeld gebracht door de docenten. Het mooie is hierbij dat het merendeel van deze docenten binnen de NVALT zelf gevonden

kan worden. Het geheel werd als steeds logistiek vakkundig begeleid door ons NVALT secretariaat. Iets om trots op te zijn.

Wiel de Lange
Secretaris Sectie School voor Longziekten

Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding (VvAwT) Jaarverslag 2010

Samenstelling bestuur per 31-12-2010:

Dhr. C. van der Loo,	voorzitter
Dhr. E.M. Huisman,	secretaris
Dhr. G.M. Berkel,	penningmeester
Dhr. G. de Vries,	afgevaardigde KNCV
Mw. J. van Loenhout,	afgevaardigde NVALT
Mw. S. Toumanian,	lid
Dhr. S. van Kuijk,	lid

Ledenaantal

Gedurende het verslagjaar bedroeg het ledenaantal van de VvAwT 42 leden.

Bestuursvergaderingen

In 2010 vergaderde het bestuur 2 maal plenair waarbij moet worden aangetekend dat mede vanwege de moeilijkheden om iedereen gelijktijdig bij elkaar te krijgen steeds vaker per email werd overlegd. Onderwerpen die aan bod kwamen waren het Nationaal plan Tuberculose 2011-2015 dat door RIVM-CiB samen met KNCV als adviseur is geschreven. Er zijn door de ALV 2 leden afgevaardigd in de klankbordgroep en de penningmeester is samen met de voorzitter van de cie. tuberculose van de V&VN en een medewerker van de unit nationaal van KNCV TF naar een bijeenkomst geweest bij het RIVM om eea toe te lichten.

Algemene ledenvergaderingen

In 2010 werd een algemene ledenvergadering gehouden op 28 mei 2010. De onderwerpen kwamen grotendeels overeen met de onderwerpen van de bestuursvergaderingen.

Nascholingsdagen 2010

Deze werden gehouden op 15 en 16 januari 2010 in het conferentiecentrum Drakenburg in Baarn. De onderwerpen waren: Diagnostiek LTBI, Voeding en tuberculose en zoals gebruikelijk werd op de zaterdagochtend weer casuïstiek besproken.

Plenaire visitatiecommissie

Mw. W. Meijer-Veldman en de heer C. van der Loo, participeren vanuit de VvAwT in de Plenaire Visitatie Commissie van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT).

Vertegenwoordigingen

De VvAwT had in 2010 vertegenwoordigers in:

- Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC): mw. M. Alink
- KAMG: Dhr. E.M. Huisman (bestuurslid). Dhr. S van Kuijk en Mw. S Toumanian waren plaatsvervangend lid.
- NVALT bestuur: mw. J. van Loenhout
- NVALT commissie Tuberculose: Dhr. N.A.H. van Hest, mw.

E.A.M. Mensen, mw. J.H. van Loenhout.

- Adviesgroep vrijstelling profiel TBC: Mw. M.H. Kamphorst-Roemer.
- Adviesgroep vrijstelling sociaal geneeskundige basis: Mw. M.H. Kamphorst-Roemer
- De vereniging VvAwT is lid van de vereniging KNCV Tuberculosefonds.

KAMG

De VvAwT maakt als vereniging deel uit van de KAMG. Een bestuurslid van de VvAwT heeft zitting in het bestuur van de KAMG. Zaken die in 2010 binnen de koepel speelden waren wederom de toekomst van de KAMG en daarmee samenhangende aansluiting bij de KNMG in 2010. De VvAwT is zo officieel lid geworden van de KNMG.

De Commissies

Nascholingscommissie

De Commissie nascholing bestond in 2010 uit dhr. R. van Altena (voorzitter), dhr. P.J.H.J. van Gerven (adviseur KNCV), Mw. M. Heus (adviseur KNCV), Mw. M.A.A. Visser-Wullems, Mw. R.I.N. van Nispen en Mw. M. Mensen.

De Commissie kwam bijeen om de jaarlijkse nascholingsdagen te organiseren met logistieke ondersteuning van mw. J. Huisman (Van Berkel Consultancy).

Opleidingscommissie

De commissie bestond in 2010 uit dhr. G. de Vries, Mw. J. van Loenhout en Mw. N. Stadhouders.

Accreditatiecommissie

Dhr. N.A.H. van Hest verzorgt samen met dhr. M. Verhagen namens de vereniging de accreditatie voor het Absg (Accreditatie Bureau Sociale Geneeskunde). Het Absg is een samenwerkingsorgaan van de NVAB, NVVG en KAMG. In 2010 is samen met het bestuur actie ondernomen richting SGRC zodat de accreditatiepunten die worden toegekend door de NVALT in beginsel ook gelden voor de VvAwT-leden. De GAIA-website is dienovereenkomstig aangepast.

Commissie toekenning Reisstipendia

In 2010 bestond de commissie uit de penningmeester dhr. M. Berkel, de voorzitter van de opleidingscommissie en een vertegenwoordiger vanuit de KNCV. Er is in 2010 geen reisstipendium toegekend.

Kascommissie

In 2010 bestaande uit dhr. B. Koster en Dhr. P. van Gerven.

E.M. Huisman,
Secretaris

Stichting NVALT studies en Stichting beheer derde gelden

De werkgroep Oncologie van de NVALT is in het jaar 2000 begonnen met een strategie om de kwaliteit van zorg in de longartsenpraktijken te verbeteren door gezamenlijk praktijkgerichte studies te doen. Dat dit succesvol is blijkt uit het feit dat inmiddels NVALT 14 van start is gegaan. Om deze studies mogelijk te maken is een structuur ingericht waarmee op verantwoorde wijze medisch wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd kan wor-

den, de taken en verantwoordelijkheden afgebakend zijn en de risico's beperkt zijn. Dit voorstel heeft er toe geleid dat er voor de nieuwe organisatiestructuur voor de NVALT studies in 2007 twee nieuw stichtingen opgericht zijn: de stichting "NVALT Studies" en de Stichting "Beheer Derdengelden NVALT Studies".

De stichting "NVALT studies"

Het doel van de Stichting NVALT Studies is om als verrichter op te treden in de zin van de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMOM) ten behoeve van het door (werkgroep)leden van de NVALT geïnitieerde onderzoek. De stichting NVALT studies initieert zelf geen onderzoek. De Stichting NVALT Studies sluit voor elke studie een samenwerkingsovereenkomst met de onderzoekers die aan de studie deelnemen. In deze overeenkomst zijn de taken en verantwoordelijkheden van de stichting en van de onderzoeker in het kader van het bedoelde onderzoek omschreven. Er is hiervoor een model samenwerkingsovereenkomst opgesteld. Het in samenwerking nastreven van het doel van de overeenkomst leidt niet tot de gezagsverhouding tussen de stichting en de onderzoeker. De Stichting NVALT Studies kan ook overeenkomsten sluiten met bijvoorbeeld farmaceutische bedrijven voor sponsoring van onderzoek.

De stichting "Beheer Derdengelden NVALT-Studies"

De stichting Beheer Derdengelden NVALT-Studies beheert de geldstromen van de stichting NVALT Studies. Het juridische voordeel van deze stichting is dat de binnen deze stichting aanwezige geldmiddelen niet kunnen worden aangesproken voor claims of schulden die bij de Stichting NVALT studies zouden kunnen voorkomen. Aangezien het mogelijk is dat er tegelijkertijd meerdere studies worden verricht, moet voorkomen worden dat een tekort van de stichting NVALT Studies of een tekort binnen een bepaalde studie gedekt wordt met middelen van andere studies. Door de geldstromen van de sponsors naar de onderzoekers via de stichting Beheer Derdengelden NVALT Studies te geleiden, wordt dat voorkomen. Binnen de stichting Beheer Derdengelden NVALT Studies kunnen de geldstromen gelabeld worden en bijgehouden worden welke middelen bij welke studie horen. Zo houdt iedere studie zijn eigen 'potje'. Daarnaast kan uit dit 'potje' ook de stichting NVALT-Studies of NVALT/WSLT worden betaald voor eventuele aan het onderzoek geleverde bijdragen.

Het bestuur van de Stichting Beheer Derdengelden NVALT Studies wordt gevormd door hetzelfde bestuur als de Stichting NVALT-Studies.

Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht van beide stichtingen is afkomstig uit het bestuur van de NVALT.

Jaarverslag 2010

Het bestuur van de stichting NVALT studies en de Stichting beheer derde gelden bestond in 2010 uit prof. dr. H.J. M. Groen, voorzitter, dr. A.C. Dingemans, secretaris en dr. A.J.M. Schreurs, penningmeester.

In 2010 werd er 2x telefonisch vergaderd (januari en september). In juli 2010 was er een vergadering met het bestuur van de NVALT. Tijdens deze telefonische vergadering werd de financiële situatie van de NVALT studies doorgenomen en werden de contracten van de NVALT 12 studie besproken.

In 2010 werd er 1 nieuwe NVALT studie opgestart. Tav deze studie werd er een contract afgesloten met Roche. Daarnaast werd voor deze studie een CKS grant verworven, dit betekent dat het datamanagement voor deze studie betaald word door het KWF. Tot op heden zijn de studies die zijn ondergebracht bij de stich-

ting NVALT studies geïnitieerd vanuit de werkgroep oncologie van de NVALT. Het datamanagement voor deze studies wordt gedaan door het NVALT datacenter in het NKI/AVL (hoofd O. Dalesio, statisticus)

OVERZICHT NVALT studies

<i>Studie</i>	<i>Titel</i>	<i>Start</i>	<i>Einde</i>	<i>behandeling</i>
NVALT 1	Docetaxel and carboplatin once every 3 weeks versus weekly docetaxel in advanced non-small cell lung cancer (NSCLC).	01-08-2001	01-11-2004	Single agent versus platinum combinatie
NVALT2 / LU22	Pre-operative chemotherapy in resectable NSCLC. Randomized trial of surgical resection with or without pre-operative chemotherapy in patients with operable non-small cell lung cancer (NSCLC) of any stage.	1-10-2001	29-6-2005	Arm 1: Pre-operative chemotherapie Arm 2: direct chirurgie
NVALT3	A randomized multicenter study of carboplatin-gemcitabine versus carboplatin-paclitaxel in elderly patients with non-small cell lung cancer with emphasis on geriatric assessment and quality of life	1-3-2003	2-8-2006	Arm 1: carboplatin + gemcitabine Arm 2: carboplatin + paclitaxel
NVALT4	A multicenter, randomized placebo-controlled phase II/III study of docetaxel/carboplatin with celecoxib in patients with locally advanced or metastatic non-small cell lung cancer	1-7-2003	27-2-2008	Arm 1: Docetaxel/carboplatin en placebo Arm 2: Docetaxel/carboplatin en celecoxib
NVALT5	A multicenter randomised phase III trial of the antiangiogenic agent Thalidomide in patients with malignant pleural mesothelioma after first line chemotherapy	1-11-2004	31-12-2009	Arm 1: Thalidomide tot progressie Arm 2: Geen verdere behandeling
NVALT6	Weekly docetaxel / cisplatin and current thoracic radiotherapy followed by surgery in patients with stage III non-small cell lung cancer (NSCLC); A phase II study	1-1-2005		Wekelijks docetaxel / cisplatin met gelijktijdige uitwendige thoracale radiotherapie gevolgd door chirurgie bij patiënten met stadium III niet kleincellig longcarcinoom
NVALT7	A multicenter, randomized phase II study of pemetrexed compared to pemetrexedcarboplatin in pretreated patients with advanced non-small cell lung cancer	1-9-2005	23-5-2007	Arm 1: Alimta + carboplatin Arm 2: Alimta
NVALT8 Algemeen	Zie ook 8A en 8B			
NVALT8A	A randomized phase III study of adjuvant chemotherapy in patients with completely resected Non-Small-Cell Lung Cancer and low-risk for recurrence	2-10-2007	1-8-2010	Arm 1: Observation Arm 2: 4 cycles chemotherapy

<i>Studie</i>	<i>Titel</i>	<i>Start</i>	<i>Einde</i>	<i>behandeling</i>
NVALT8B	A randomized phase III study of adjuvant chemotherapy with or without low-molecular weight heparin in completely resected Non-Small-Cell Lung Cancer patients with high-risk for recurrence	21-9-2007		Arm 1: Alimta/cisplatin or gemcitabine/cisplatin Arm 2: Alimta/cisplatin + nadroparin or gemcitabine/cisplatin + nadroparin
NVALT9	Open label study to establish the efficacy of intravenous loading doses of Ibandronate 6 mg in patients with lung cancer and skeletal metastases experiencing moderate to severe bone pain	1-8-2007		Ibandronic acid (6 mg in 500 ml infusions over 15 minutes) days 1, 2, and 3
NVALT11	Prophylactic Cranial Irradiation (PCI) versus observation in radically treated patients with stage III non-small cell lung cancer: A phase III randomized study	1-9-2008		Arm 1: PCI: 30 Gy delivered in 10 once-daily fractions, 30 Gy delivered in 12 once-daily fractions or 36 Gy delivered in 18 once-daily fractions Arm 2: Observation
NVALT10	A randomized phase II study of erlotinib compared to single agent chemotherapy-erlotinib combination in pretreated patients with advanced NSCLC	23-3-2009		

Stand van zaken NVALT studies

	<i>Status</i>	<i>Sponsor¹</i>	<i>Inclusie 2009</i>	<i>publicatie</i>
NVALT 1	Gesloten	UMCG	voltooid	volgt
NVALT 2	Gesloten	UMCG	voltooid	(1, 4)
NVALT 3	Gesloten	NVALT	voltooid	(6)
NVALT 4	Gesloten	NVALT	voltooid	(2)
NVALT 5	Gesloten	NKI	Voltooid	
NVALT 6	Gesloten	Nieuwegein	Voltooid	(3)
NVALT 7	Gesloten	NVALT	Voltooid	(5)
NVALT 8	Open	UMCG		
8A			1	
8B			24	
8			8	
NVALT 9	Open	NVALT	5	
NVALT 10	Open	NVALT	96	
NVALT 11	Open	NVALT	41	
NVALT 12	Open(jan '11)	NVALT	0	

¹Sponsor: NVALT = stichting NVALT studies

Publicaties 2010:

NVALT 6

KW Maas, El Sharouni SY, Phernambucq EC, Stigt JA, Groen HJ, Herder GJ, van den Borne BE, Senan, S, Paul MA, Smit EF, Schramel FM. Weekly chemoradiation (docetaxel/cisplatin) followed by surgery in stage III NSCLC; a multicentre phase II study. *Anticancer Research*, 2010;30:4237-43

NVALT 7

M. Di Maio, N. Lama, A. Morabito, E.F Smit, V. Georgoulas, K. Takeda, E. Quoix, D. Hatzidaki, F.M. Wachters, V. Gebbia, C.M. Tsai, C. Camps, W. Schuette, P. Chiodini, M.C. Piccirillo, F. Perrone, C. Gallo, C. Gridelli. Clinical assessment of patients with advanced non-small cell lung cancer eligible for second line chemotherapy. A prognostic score from individual data of nine randomized trials. *Eur. J. Cancer*. 46,735-743,2010

E. Giovanetti, P.A. Zucali, G.J. Peters, F. Cortesi, A. D’Incecco, E.F Smit, A. Falcone, J.A. Burgers, R. Danesi, G. Giaccone, C. Tibaldi. Association of polymorphisms in AKT1 and EGFR with clinical outcome and toxicity in non-small lung cancer patients treated with gefitinib. *Mol. Cancer Ther.* 9,581-93,2010

W.A. Buikhuisen, J.A. Burgers, A.D. Vincent, J.H.M. Schellens, J.H. Beijnen, E.F Smit, M.Kroeger. Pemetrexed pathway-associated germline polymorphisms: A useful tool for treatment individualization? *J. Clin. Oncol.* 28,e482-483,2010.

Referenties

1. Gilligan, D., M. Nicolson, I. Smith, H. Groen, O. Dalesio, P. Goldstraw, M. Hatton, P. Hopwood, C. Manegold, F. Schramel, H. Smit, J. van Meerbeeck, M. Nankivell, M. Parmar, C. Pugh and R. Stephens, "Preoperative Chemotherapy in Patients with

Resectable Non-Small Cell Lung Cancer: Results of the Mrc Lu22/Nvalt 2/Eortc 08012 Multicentre Randomised Trial and Update of Systematic Review," *Lancet* 369, no. 9577 (2007): 1929-1937.

2. Groen, H., M. M. Hochstenbag, J. W. van Putten, A. Vincent, O. Dalesio, B. Biesma, H. J. Smit, A. Termeer, B. E. van den Borne and F. M. Schramel, "A Randomized Placebo-Controlled Phase Iii Study of Docetaxel/Carboplatin with Celecoxib in Patients (Pts) with Advanced Non-Small Cell Lung Cancer (Nsclc): The Nvalt-4 Study," *J Clin Oncol (Meeting Abstracts)* 27, no. 15S (2009): 8005-.

3. Maas, K. W., E. C. Phernambucq, S. Y. Sharouni, J. A. Stigt, H. J. Groen, B. E. van den Borne, S. Senan, E. F. Smit, R. A. Paul and F. M. Schramel, "A Phase Ii Study of Weekly Docetaxel/Cisplatin and Concurrent Radiotherapy Followed by Surgery in Patients with Stage Iii Non-Small Cell Lung Cancer (Nsclc)," 18050-, 2007.

4. Nicolson, M., D. Gilligan, I. Smith, H. Groen, C. Manegold, J. van Meerbeeck, P. Hopwood, M. Nankivell, C. Pugh, R. J. Stephens and on behalf of the LU22 Trial Management Group, "Pre-Operative Chemotherapy in Patients with Resectable Non-Small Cell Lung Cancer (Nsclc): First Results of the Mrc Lu22/Nvalt/Eortc 08012 Multi-Centre Randomised Trial," *J Clin Oncol (Meeting Abstracts)* 25, no. 18_suppl (2007): 7518-.

5. Smit, E. F., S. A. Burgers, B. Biesma, H. J. Smit, P. Eppinga, A. M. Dingemans, M. Joerger, J. H. Schellens, A. Vincent, N. van Zandwijk and H. J. Groen, "Randomized Phase Ii and Pharmacogenetic Study of Pemetrexed Compared with Pemetrexed Plus Carboplatin in Pretreated Patients with Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer," *J Clin Oncol* 27, no. 12 (2009): 2038-2045.

6. Wymenga, M., B. Biesma, A. Vincent, O. Dalesio, J. Stigt, H. Smit and H. Groen, "Can Baseline Complete Geriatric Assessment (Cga) Predict Toxicity in Elderly Non-Small Cell Lung Cancer (Nsclc) Patients (Pts) Receiving Combination Chemotherapy? Results from the First 100 Pts in the Prospective Multi-center Nvalt-3 Study," 7537-, 2007.

Notulen ledenvergadering NVALT

15 juni 2011 te Maastricht

27

Aanwezig (getekend op presentielijst: 40)

1. Opening

De voorzitter opent de vergadering om 15.30 uur. De voorzitter vraagt een ogenblik stilte om het overlijden van de Heren Jo Gelissen en Jules van den Bosch te gedenken.

2. Notulen vergadering 8 oktober 2010

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

3. Mededelingen vanuit het Bestuur

Smeenk

- De richtlijn thoraxdrainage is goedgekeurd via een inspraakronde via de website en de mail.
- In de toekomst zullen de richtlijnen niet meer in drukvorm verschijnen, alleen in digitale vorm via de website.
- Het Bestuur is bezig met het opstellen van een nieuw beleidsplan. Het huidige beleidsplan loopt tot 2012 en was er vooral op gericht om de structuur van de vereniging goed op orde te krijgen. Er is behoefte aan een nieuw beleidsplan met een langere horizon en dat meer gericht zal zijn op de inhoud van de geneeskundige zorg in de toekomst in Nederland. Een eerste concept zal in het voorjaar van 2012 klaar zijn.
- De LAN- de NRS- het Astmafonds en de NVALT zullen in april 2012 gezamenlijk naar buiten treden met hun wetenschappelijke- en huishoudelijke vergaderingen tijdens de longdagen die worden gehouden van 12-14 april 2012. Door gezamenlijk naar buiten te treden zal het longgeluid in Nederland beter gehoord worden en kunnen er betere sprekers aangetrokken worden. Voor de aios biedt het een breder platform om hun onderzoek te presenteren. Tijdens de longdagen zullen niet alleen plenaire, maar ook parallelle sessies worden gehouden.
- Roflumilast is in Nederland wel geregistreerd maar uiteindelijk door de Minister niet in het vergoedingensysteem opgenomen. CVZ heeft daar in december

jl. al een negatief advies over uitgebracht om dit middel niet te vergoeden. Het Bestuur heeft samen met de NRS en het NAF druk gezet om tot een herbeoordeling van het advies van CVZ te komen, maar dit is niet gelukt. De hoop is dat wellicht met nieuwe data vanuit Amerika er een versnelde, herziene beoordeling door CVZ zal kunnen gebeuren in de toekomst.

- Het Bestuur is bezig met de herziening van de Statuten, in de najaarsvergadering zal hiervoor een eerste concept ter bespreking ingebracht worden.
- Men is bezig met de professionalisering van de scholing en de nascholing. De vraag is nog hoe dit in de toekomst gefinancierd moet worden. In het najaar zal een eerste concept gepresenteerd worden.
- Op initiatief van een aantal Wetenschappelijke Verenigingen (WV'en) is de Orde gedwongen om zich te heroriënteren op de relatie tussen de WV'en en de Orde. De Orde is een ledenvereniging, echter, een heleboel zaken die de WV 'en aangaan, gaan via de Orde. Het probleem is dat de WV 'en daar geen officiële stem in hebben. De WV-en worden wel gehoord maar er is geen formeel stemrecht. Dit heeft geresulteerd in het project Synergie, dat heeft geleid tot het Bestuurlijk Overleg Orgaan (BOO) waarbij maandelijks de voorzitters van de WV'en en de Voorzitter van de Orde bij elkaar komen om het beleid te bespreken. Of de Orde in de toekomst omgevormd zal worden tot een federatie, is nog de vraag.

Pennings

- De bibliotheek die op de website stond is inmiddels uit de lucht. Het probleem was dat het aantal hits zo beperkt was dat de sponsoring voor de bibliotheek stop werd gezet.
- Het aflevertraject van zuurstof. Sinds 1 januari 2011 heeft VWS een maatregel van kracht doen worden waarin gesteld is dat zuurstof als een medicament gezien moet worden en dat het voorschrift zuurstof getoetst moet worden door een apotheker. Dit vloeit voort uit een Europese maatregel uit 2006. De Minister vond dat

er geen eindverantwoordelijke was binnen het proces. Vanuit de NVALT is men, samen met de LAN en het Astmafonds bezig om samen met de zuurstofleveranciers en de KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie) een offensief te starten naar VWS om de implementatie van de wet te vergemakkelijken en 4 of 5 apothekers in het land aan te wijzen om dit proces te faciliteren.

- De NVALT zal participeren in de evaluatieronde m.b.t. de prestatie indicatoren CAP, de OSAS en de Longoncologie. Van den Elshout merkt op dat in het EPD niet voorzien in het aanleveren/registreren van prestatie indicatoren. Kan de NVALT hier iets in betekenen. Pennings geeft aan dat zodra er zekerheid is over de koers waarop e.e.a. zich zal gaan bewegen, dit een zinvolle suggestie is. Nossent vraagt zich af wat de NVALT zelf doet aan de ontwikkeling van de indicatoren. Pennings geeft aan dat de NVALT bij het ontwikkeltraject bij betrokken, het sturen tijdens dit traject is een groter probleem omdat er meerdere partijen bij betrokken zijn.
- Vorige week is er een Invitational geweest over de ketenzorg COPD. Binnen het land bestaan er verschillende opvattingen hoe de longarts zich in de COPD-ketenzorg zou moeten profileren. In het najaar zal het Bestuur i.s.m. de Werkgroep COPD een NVALT-Invitational organiseren over de Ketenzorg COPD.
- Vanuit de Werkgroep Ademhalingsstoornissen tijdens de slaap (WAS), en m.n. uit de prestatie indicator OSAS blijkt, dat de buitenwereld kritisch is hoe wij als longartsen functioneren binnen dit veld. De Nederlandse Vereniging van Slaapapneu Patiënten heeft duidelijk gemaakt dat er een brede bandbreedte is hoe de longartsen functioneren binnen de diagnostiek en de behandeling van OSAS. Ook vanuit Zichtbare Zorg en het Ministerie wordt aangedrongen dat de longartsen de kwaliteit van Zorg binnen de OSAS inzichtelijk maken. De indicator OSAS die er nu is zegt niets over de uitkomst van zorg maar zegt alleen iets over de structuur.

Het kan zijn dat de NVSAP, buiten ons om, voorwaarden gaat opstellen waaraan een kliniek die slaapapneu-zorg verleent, moet voldoen. De WAS heeft dit opgepikt en voorgesteld te komen tot een soort proef-accreditatietraject voor klinieken die zich bezig houden met slaapapneu. Daartoe heeft men een checklist ontwikkeld die in een 4-tal klinieken op proef is uitgerold. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar de diagnostiek-module maar ook naar het palet aan behandelingen dat aangeboden wordt en naar de multidisciplinariteit alsmede het scholingsniveau van de medewerkers die betrokken zijn in dit proces. Het Bestuur van de NVALT heeft de WAS groen licht gegeven om dit visitatiemodel verder te verkennen. In de ledenvergadering in het najaar zal de WAS komen met een eerste conceptplan. Kuipers geeft aan dat zowel de neurologen als de NVSAP bezig zijn met het aanwijzen van slaapdeskundigen. Het proactief opstellen van de NVALT in deze is belangrijk. Pennings antwoordt dat de accreditatie van de neurologisch gerichte slaapcentra niet ondersteund wordt vanuit de Nederlandse Vereniging van neurologie. Jukema roept op tot overleg met de voorzitters van de NvN en de KNO-verenigingen. Ook geeft hij aan dat een standpunt nodig is over hoe de NVALT denkt over certificering en accreditering. Smeenk merkt op dat dit in het komende beleidsplan meegenomen zal worden. Smeenk merkt op dat iedere opleidingskliniek 80% van het hele palet, zoals dat in het kader/specifiek besluit is beschreven, moet geven.

- Peter Sterk functioneert als National Delegate binnen de ERS. Er is met hem afgesproken te proberen met het ERS-bestuur verdere samenwerking te zoeken m.n. op het gebied van de bij- en nascholing. Ook de ERS is een ledenvergadering en als wetenschappelijke vereniging (zoals de NVALT) heeft men binnen de ERS geen enkele stem. De ERS is bezig de politieke agenda binnen het Europees parlement te beïnvloeden. Men hoopt op deze manier meer geld voor het FP-8 project uit het Europees Parlement te genereren.

4. Verslag vanuit de Kwaliteitskoepel door G. Jukema

De bouw van de Kwaliteitskoepel
Fundament voor de kwaliteit van de medisch specialistische zorg

Waarom een kwaliteitskoepel?

- Medisch specialist is in de lead in kwaliteitsbeleid; Medisch Specialist is de inhoudsdeskundige
- Eigen kwaliteitsnormen/-indicatoren
- Duidelijk aanspreekpunt /Sparring partner voor andere stakeholders
- Transparantie
- Patiëntenvoorlichting

Kwaliteitsinstituut (VWS) ook in steigers

- Debat in de Tweede Kamer over het Kwaliteitsinstituut was geagendeerd voor 16 mei.
- Wat nu al duidelijk is:
 - Kwaliteitsinstituut zal agenderen en prioriteren;
 - Kwaliteitsinstituut ontwikkelt overkoepelende criteria voor kwaliteitsinstrumenten;
 - Kwaliteitsinstituut zal autoriseren;
 - Kwaliteitsinstituut krijgt doorzettingsmacht;

Maar ook: erkenning dat de professionals zelf verantwoordelijk blijven voor het ontwikkelen van eigen richtlijnen.

De kwaliteitskoepel i.o.

- Is een gezamenlijk initiatief van de 29 WV'en de Orde;
- Is bedoeld als krachtig samenwerkingsverband om de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg te verbeteren;
- Heeft de ambitie om gesprekspartner te zijn van overheid, beroeps- en belangenorganisaties, marktpartijen en het publiek;
- Zal in de loop van 2011 verder uitgewerkt worden;

NB:

- Is er voor en door medisch specialisten;
- Over de uiteindelijke inrichting en taken beslissen de wetenschappelijke verenigingen.

De kerntaken van de kwaliteitskoepel

- Het ontwikkelen en ontsluiten van evidence based richtlijnen, normen, indicatoren en kwaliteitsregistraties en het leveren van de daarbij behorende hulpmiddelen voor implementatie.
- De kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk en toetsbaar maken via communicatie (o.a. website).
- Het ontwikkelen van methoden waarmee verantwoording over de kwaliteit van zorg kan worden afgelegd aan elkaar en aan de samenleving.
- Het voeren van een heldere agenda en

deze af te stemmen met met onze samenwerkingspartners.

Preview Kwaliteit toegankelijkheid

Sinds kort heeft de kwaliteitskoepel een eigen website www.kwaliteitskoepel.nl. Op deze website kunt u o.a. alle richtlijnen, indicatoren en leidraden van alle 29 wetenschappelijke verenigingen vinden.

5. Instellen Werkgroep Cystic Fibrosis

Vanuit de CF-centra kwam het verzoek tot het instellen van een werkgroep Cystic Fibrosis. De werkgroep wordt formeel ingesteld.

6. Financieel verslag 2010 en begroting 2011

Venmans doet verslag. De financiële jaarverslagen van de NVALT, FSLT en WSLT zijn beoordeeld en goedgekeurd door de kascommissie 2009 die bestond uit dr. A.J.M. van Boxem en drs. E.L.J. Custers. Venmans geeft een toelichting op de balans, de exploitatierekening en de begroting 2011 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 2010 zich bij hem te melden.

7. Verkiezingen:

a. Bestuur

Dr. F.W.J.M. Smeenk wordt als voorzitter opgevolgd door Prof.dr. G. Wesseling, Smeenk blijft in het Bestuur als past-president. Wesseling benadrukt de uitstekende manier waarop Smeenk zijn voorzitterschap heeft ingevuld. Dit heeft zeer veel tijd en energie gekost. Zijn geweldige inzet voor de NVALT, zowel als voorzitter van het Concilium, als voorzitter van de NVALT, wordt zeer gewaardeerd.

De zittingstermijn van dr. H.J. Pennings is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar en wordt herkozen.

Dr. E.J.M. Weersink treedt af op eigen verzoek, zij zal als wetenschappelijk secretaris worden opgevolgd door dr. Y. Heijdra.

- b. **Commissie Beroepsbelangen**
De zittingstermijn van mr. J.L.M. van Helmond is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar en wordt herkozen.
- c. **Commissie Cursorisch Onderwijs**
Prof.dr. E.F. Smit en dr. B.van der Bruggen treden af op eigen verzoek. In de commissie wordt benoemd, dr. E.H.J. van Haren.
- d. **Commissie Visitatie Longziekten**
De zittingstermijn van dr. K.W. van Kralingen en drs. Th. Macken is verstreken, zij stellen zich herkiesbaar en worden herkozen.

Smeenk doet een oproep aan alle NVALT-leden om zich te melden bij het Bestuur, indien men lid wil worden van een commissie.

8. Voorstellen kandidaat-leden

Er zijn afmeldingen binnengekomen van Janine van den Brink, Regina Hofland, Marjolein van Laren en Virginie van Waning.

Aanwezig is: Gernot Rohde, longarts MUMC.

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

9. Wat verder ter tafel komt en rondvraag

Smeenk dankt het secretariaat en de leden van het Bestuur voor hun steun die men hem tijdens zijn jaren als voorzitter hebben gegeven. Hij geeft het voorzitterschap vol vertrouwen over aan Geertjan Wesseling.

10. Sluiting

De voorzitter sluit de vergadering om 17.00 uur.



Lezingen NVALT Ledenvergadering tijdens het WASOG/BAL Congres

15 juni te Maastricht

In tegenstelling tot andere jaren werd de voorjaarsvergadering van de NVALT dit jaar niet in Utrecht gehouden, maar in het mooie Maastricht. Dit in verband met het WASOG/BAL congres. Door deze unieke samenwerking was het mogelijk om sprekers met internationale naam en faam voor ons wetenschappelijk programma uit te nodigen. In het sfeervolle Derlon theater werden longziekten onder de aandacht ge-bracht. Tevens was er uitgebreid aandacht voor de BIRD-studie, een onderzoek bij de duivenmelkerslong dat in september zal starten en de Eerste Hart - Long Hulp welke in het Medisch Centrum Alkmaar een directe opvang van patiënten met acute pulmonale of cardiologische problematiek zal verzorgen. Samenvattingen van de lezingen vindt u hier:

Benefits of a multidisciplinary approach of sarcoidosis patients

Prof. dr. M. Drent, MUMC+, NL

It is well established that sarcoidosis is a multisystem disorder of unknown cause(s). Practically no organ is immune to sarcoidosis. It subsides in most cases, but it may worsen and become chronic in others.. Sarcoidosis patients may present with symptoms directly related to the organ(s) involved. Pulmonary problems may persist, but also devastating extrapulmonary complications may become apparent. Patients often recall symptoms that do not correspond with objective physical evidence. Symptoms such as fever, anorexia, weight loss, general weakness, fatigue, depression, cognitive impairment and pain are also caused by sarcoidosis and may reduce a patient's quality of life. Appropriate management of sarcoidosis is mandatory



as it predominantly affects young adults. Obviously, this requires the attention of pulmonologists as well as specialists from other medical disciplines. Accordingly, in the treatment and follow-up of sarcoidosis patients, a multidisciplinary approach is recommended that focuses attention on somatic as well as psychosocial aspects of this erratic disorder. Specialists from all participating medical disciplines including respiratory diseases may benefit from a multidisciplinary approach and be stimulated to enhance their professional interest and knowledge of sarcoidosis.

Management of IPF

Prof. dr. Ulrich Costabel, Ruhrländklinik, Essen, Germany

The management of idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) is difficult. IPF is a chronic progressive lung disease with an unfavourable prognosis. Medical treatment options are still limited. Recent evidence-based guidelines make a strong recommendation against the use of corticosteroid monotherapy, colchicine, cyclosporine A, combined corticosteroid and immune-

modulator therapy, interferon gamma, bosentan, and etanercept were evaluated. There were weak negative recommendations against the use of combined acetylcysteine and azathioprine and prednisone, acetylcysteine monotherapy, anticoagulation, and pirfenidone. A weak negative recommendation implies that the majority of patients would not want the treatment, but that a substantial minority, if fully informed, would want the intervention. There is a strong recommendation for lung transplantation in appropriate patients. Non-pharmacological treatments are considered important adjuncts to pharmacotherapy for IPF. The triple therapy, combining the antioxidant N-acetylcysteine with the anti-inflammatory agents prednisone and azathioprine, is recommended by the BTS guidelines on ILD. It is evident, however, that this triple therapy is unsuccessful in preventing the fatal outcome in most patients. New strategies are targeted at developing truly antifibrotic drugs. A promising drug is pirfenidone, a small molecule that has shown antifibrotic and anti-inflammatory properties in a variety of in vitro and animal models. Pirfenidone has been evaluated in four clinical trials conducted in Japan, North America and Europe involving more than 1.000 patients. The totality of the data from these trials indicate that the drug is able to reduce the rate of decline in FVC. There was also an effect on several secondary endpoints. A meta-analysis of the three phase III studies in IPF demonstrated that pirfenidone significantly reduced the risk of disease progression by 30%. Based on these data, pirfenidone was recently approved for the treatment of early and moderate IPF in the European Union.

Management of pulmonary hypertension in interstitial lung disease

Prof. Dr. Bob Baughman, Professor of Medicine, University of Cincinnati, Ohio, USA

Various interstitial lung diseases are associated with pulmonary hypertension (PH). These include idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) and sarcoidosis. The causes of the PH in these conditions include hypoxia, destruction of the lung tissue by fibrosis, and pulmonary vascular changes. IPF seems associated with mostly hypoxia and lung fibrosis. The more advanced the fibrosis, the more likely PH will be identified [1]. On the other hand, PH in sarcoidosis may be seen in patients with normal lung function and just pulmonary vascular involvement [2,3]. Several tests have been proposed to screen for PH in interstitial lung disease, including six minute walk testing [4], pulmonary function testing, and echocardiography. A composite score has been used to predict pulmonary hypertension in IPF [5]. However, the right heart

catheterization remains the most reliable measure for assessing PH. It is also useful in distinguishing between pulmonary arterial hypertension alone and that due to left ventricular dysfunction [6]. There have been several reports of the use of pulmonary vasodilators in PH associated interstitial lung diseases [7-9]. While some of these reports suggest these drugs may be effective, who should receive treatment with which drug is still unclear.

Management of asthma and COPD, let's roll!

Prof. dr. Geert Jan Wesseling, Department of Respiratory Medicine, MUMC+, NL

In recent years numbers of patients with obstructive airways diseases have increased. New diagnostic tools for asthma and COPD have become available and the complexity of both diseases appears to have grown. The importance of detailed assessment, multimodality treatment and adequate self management has become clear,

underlining the importance of primary and secondary prevention and of easily accessible and cost-effective health care.

Recently general practitioners have become more and more active in diagnosing and treating obstructive airways diseases. This may result in earlier diagnosis and regular follow-up of patients with less severe diseases, as is also seen in the case of other chronic diseases. Yet, uncertainty about the quality of the care provided by nurses and GP's and concerns about competition between various caregivers has urged pulmonologists to reconsider their position. Traditional referral of patients to specialists may no longer be the best option to guarantee good care. Pulmonologists will need to think of new ways to ensure that patients are offered the best possible management of their disease.

In this presentation threats and opportunities and possible options for shared and integrated care and disease management will be discussed.

De BIRD Studie

*Dr. A.W.J. Bossink, longarts, Diakonessenhuis te Utrecht.
Drs. M.A. Dubbers, aios longeneeskunde, Isala Klinieken te Zwolle.*

Het onderzoek is getiteld:

Gebruik van Broncho-alveolaire lavage enzymlinked immunospot (ELISPOT) bij de diagnostiek van duivenmelkerslong.

En het acroniem luidt als volgt:

BIRD: BAL Immunologic Response to Determine pigeon fanciers lung disease.



Uit eerder onderzoek bij patiënten met actieve pulmonale tuberculose blijkt dat de lymfocyten die in de BAL vloeistof aanwezig zijn in sterke mate reageren op tuberculose specifieke antigenen (Am J Respir Crit Care Med 2009). Dit maakt dat we willen bezien met dit onderzoek of bij de duivenmelkerslong hetzelfde fenomeen optreedt.

Met dit onderzoek meten we de lymfocytair reactie bij patiënten met verdenking duivenmelkerslong middels een bronchoscopie met broncho-alveolaire lavage en ELISpot techniek.

Het is een Pilotstudie. Observatieel onderzoek met invasieve metingen. Het is dus een proof of principle studie, het betreft een studie naar de uitvoerbaarheid van de methode. In deze fase van het onderzoek maken we daarom nog geen gebruik van een controlegroep met asymptomatische duivenmelkers.

De Studiepopulatie zal bestaan uit 2 groepen nl. A en B:

Groep A (N =20) de controlegroep:

Meten van de ELISpot reactie op cellen verkregen uit de broncho-alveolaire lavage en uit het perifere bloed bij patiënten met andere pulmonale (interstitiële) pathologie die wilsbekwaam zijn en ouder dan 18 jaar en die niet worden verdacht van een duivenmelkerslong. Deze populatie zal geworven worden in het Diakonessenhuis en de Isala klinieken.

Groep B (N=20):

Meten van de ELISpot reactie op cellen verkregen uit de broncho-alveolaire lavage en uit het perifere bloed van patiënten met een klinische zeer sterke verdenking op duivenmelkerslong die wilsbekwaam zijn en ouder dan 18 jaar.

Patiënten die kunnen deelnemen aan het onderzoek moeten voldoen aan de volgende inclusie en exclusie criteria:

Inclusie criteria:

Alle patiënten bij wie een broncho-alveolaire lavage geïndiceerd is i.v.m. verdenking:
1. Extrinsieke allergische alveolitis bij duivenmelkers
2. Controle groep met andere pulmonale pathologie dan de duivenmelkerslong vanaf 18 jaar en wilsbekwaam.

Alle proefpersonen moeten een bronchoscopie met broncho-alveolaire lavage ondergaan, ook zonder deelname aan dit onderzoek i.v.m. interstitiële longafwijkingen.

Exclusie criteria:

- Patiënten < 18 jaar en wilsonbekwame patiënten.
- Patiënten die corticosteroïden of andere immuunsuppressiva gebruiken voor de bronchoscopie.
- Patiënten die geen informed consent kunnen lezen en ondertekenen.
- Patiënten bij wie een BAL technisch niet mogelijk is of gecontra-indiceerd of die al een BAL hebben ondergaan i.v.m. dezelfde ziektepresentatie.
- Ontbreken van vitale gegevens om de

klinische verdenking duivenmelkerslong te kunnen stellen, namelijk:

- geen contact met duiven
- geen thoraxfoto gemaakt door behandelend arts.
- voor de controlegroep: het in bezit hebben of gehad hebben van duiven.

Het primaire eindpunt van het onderzoek is het Meten lymfocytair reactie uit de broncho-alveolaire lavage bij patiënten met verdenking duivenmelkerslong middels ELISPOT techniek versus de controlegroep die om andere pulmonale pathologie een bronchoscopie met BAL moeten ondergaan.

Secundair eindpunt van het onderzoek is de ELISPOT respons in perifeer bloed van zowel de controle- als de duivenmelkersgroep.

De werving van patiënten voor dit onderzoek vindt o.a. plaats uit

- Patiënten populatie uit de poliklinieken van het Diakonessenhuis te Utrecht en de Isala Klinieken, te Zwolle.
- Middels een advertentie op de internetsite van de Nederlands Postduiven Organisatie.

De patiënt die wordt verdacht van een duivenmelkerslong krijgt een reiskosten vergoeding op basis kosten openbaar vervoer voor deelname aan dit onderzoek.

Uiteraard willen wij ook graag patiënten voor ons onderzoek werven vanuit heel Nederland die al onder behandeling zijn bij een longarts.

Voorwaarde voor deelname aan het onderzoek is dat de patiënten:

- Een X-Thorax / HRCT passend bij EAA hebben gemaakt.
- Er een longfunctie en/of diffusietest is gedaan.
- Maar deze patiënten moeten nog een bronchoscopie met BAL ondergaan.

Het Informed Consent en uitleg over het onderzoek vindt zowel in de Isala Klinieken te Zwolle evenals in het Diaconessenhuis plaats. De bronchoscopie met ELISPOT vindt uitsluitend in het Diaconessenhuis, te Utrecht plaats.

Heeft u patiënten die worden verdacht van een duivenmelkerslong, die aan de

bovenstaande inclusie en exclusiecriteria voldoen en reeds bovenstaande onderzoeken heeft gedaan, dan kunt u, uw patiënt aanmelden voor de BIRD-STUDIE.

Voor vragen over het onderzoek en het aanmelden van patiënten kunt u contact opnemen met:

Aik Bossink, longarts,
Diaconessenhuis, Utrecht.
Telefoonnummer: 088-250 64 45,
E-mail: Abossink@diakhuis.nl
Melanie Dubbers, aios longgeneeskunde,
Isala Klinieken, Zwolle.
Telefoonnummer: 038-424 2456,
E-mail: m.a.dubbers@isala.nl



Eerste Hart-Long Hulp Medisch Centrum Alkmaar

Een nieuw model voor de opvang van patiënten met acute pulmonale problematiek.

Zoals in de meeste andere Nederlandse ziekenhuizen werden patiënten met acute pulmonale problematiek in het verleden in eerste instantie op de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) van het Medisch Centrum Alkmaar (MCA) opgevangen. Om de doorlooptijden te bekorten en de kwaliteit van de primaire opvang voor long- en cardiologie patiënten te verbeteren werd in het MCA eind 2009 een separate afdeling voor de eerste opvang van patiënten met acute pulmonale - of cardiologische problematiek geopend. In dit verhaal wil ik graag in het kort achtergronden en eerste ervaringen met deze Eerste Hart-Long Hulp (EHLH) beschrijven.

Het was de oude Grieken en Romeinen al duidelijk dat hart en longen niet alleen dicht bij elkaar liggen, maar dat er een onlosmakelijke fysiologische interactie bestaat. Vrijwel elke longaanandoening heeft een effect op het hart en er is bijna geen cardiaal probleem te bedenken zonder

gevolgen voor de long. Desalniettemin is in Nederland een intensieve samenwerking tussen longartsen en cardiologen, hoe voor de hand liggend ook, niet gebruikelijk. In Alkmaar werd in gezamenlijk overleg tussen beide specialismen besloten tot de bouw van een triage afdeling voor een geprotocolleerde directe eerste opvang van patiënten met acute pulmonale of cardiologische problematiek zonder tussenopvang op de SEH.

De EHLH is een afdeling met 12 gemonitorde bedden, bemand door speciaal opgeleide verpleegkundigen, waarbij het belangrijkste uitgangspunt is een snel toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg voor patiënten met acute benauwdheid en of pijn op de borst. Het streven is daarbij om verpleegkundigen en artsen zoveel mogelijk uniform en doelmatig te laten werken. De afspraak met verwijzende huisartsen is dat zij contact opnemen met de dienstdoende longarts of cardioloog afhankelijk van de waarschijnlijkheidsdi-

agnose. Op grond hiervan wordt de eerste medische opvang door de betreffende discipline verzorgd. De triage bij elke patiënt dient binnen 8 uur afgerond te worden en iedere patiënt wordt binnen 24 uur naar huis ontslagen of overgeplaatst naar een van de klinische afdelingen binnen het ziekenhuis. Ter controle van de doorlooptijden wordt op een scherm de opname-duur van iedere individuele patiënt bijgehouden.

Ter ondersteuning van de uitgangspunten voor de EHLH wordt bij iedere patiënt een digitaal zorgpad geopend. In dit zorgpad worden bevindingen vastgelegd, de opeenvolgende stappen in de zorg voor de patiënten beschreven en per diagnosegroep diagnostische en therapeutische voorstellen gedaan. Dit zorgpad Longziekten EHLH wordt systematisch geëvalueerd en aangepast. Automatisch wordt een digitaal verslag gegenereerd, waardoor er bij ontslag naar huis direct een brief voor de huisarts gereed is. In het pad kunnen prestatie indicatoren prospectief vastgelegd worden.

Naar onze EHLH werden in het jaar 2010 in totaal 1901 patiënten verwezen met acute pulmonale problemen. Dit op een totaal van bijna 5800 acute patiënten naar de EHLH voor longziekten en cardiologie samen en ruim 31000 verwijzingen daarboven naar de SEH.

Bijzonder was dat de verwijzingen voor de longziekten behoorlijk gelijkmatig over het jaar verdeeld waren en dus veel minder seizoensafhankelijk dan tevoren gedacht. Verwijzingen van patiënten met acute COPD exacerbaties en in veel mindere mate astma zijn nog steeds onze core business en bedragen 29% van alle verwijzingen. De diagnosegroepen pneumonie en thoracale pijn volgen met beide 22% van het totaal. Van de patiënten die met thoracale pijnklachten naar ons verwezen waren bleek 1/3 daadwerkelijk longembolieën te hebben. Overige diagnosegroepen als longkanker gerelateerde problematiek, pneumothorax en pleuravocht maakten procentueel ieder veel minder dan 10% uit van het totaal aantal verwezen pati-



Hoofdingang Medisch Centrum Alkmaar

enten. Vermeldenswaardig is misschien nog dat 4% van alle voor de longziekten ingestuurde patiënten een primair cardiologisch probleem hadden. Het is in 2010 gelukt om alle patiënten binnen 24 uur van de EHLH te ontslaan: 39% van alle patiënten kon binnen het etmaal naar huis en de overige patiënten werden groten-deels op de klinische longafdeling opgenomen; minder dan 10% van alle patiënten ging naar overige afdelingen in of buiten het MCA.

In 2010 zagen we een aanzienlijke hoeveelheid recidivisten. Het totaal van 1901 verwijzingen voor de longziekten naar de EHLH bleek gekoppeld aan 1526 verschillende patiënten. Een in onze ogen bijzondere bevinding is dat halverwege juni 2011 in totaal 327 van de oorspronkelijke 1526 patiënten (21%) overleden blijkt te zijn. In de literatuur hebben we geen data

gevonden om onze bevindingen aan te spiegelen.

De patiënt tevredenheid over de EHLH in Alkmaar is in enquêtes en spiegelgesprekken groot. Recent werd de EHLH via de consumentenwebsite 'Nederland dankt de Zorg' uitgeroepen tot meest gewaardeerde ziekenhuis afdeling van Nederland. Verwijzende huisartsen, longartsen, cardiologen en onze verpleegkundigen zijn enthousiast. Een punt van zorg is dat de ICT afdeling onze digitale wensen niet altijd kan bijbenen. Verder moeten we werken aan een modus om te zorgen dat SEH artsen en SEH verpleegkundigen, die niet verwezen patiënten met pulmonale problematiek opvangen, voldoende kennis en kunde behouden.

Naast de winst voor onze patiënten is er ook een intensievere band ontstaan met de afdeling cardiologie. Op de EHLH zit-

ten we letterlijk en figuurlijk schouder aan schouder. Met alle huidige en komende intra - en extramurale ontwikkelingen lijkt het een voordeel om sterke allianties aan te gaan als specialisme.

Concluderend denken we in het Medisch Centrum Alkmaar een uitermate bevredigend model te hebben ontwikkeld voor een kwalitatief betere opvang van patiënten met acute pulmonale problematiek door deze patiëntenstroom op te vangen op een eigen afdeling met specifiek voor hart en long problematiek opgeleide verpleegkundigen. Een digitaal zorgpad ondersteunt daarbij het gehele proces en bevordert snelle diagnostiek, behandeling en doorstroming van de naar ons verwezen patiënten.

Alle Welling
Longarts Medisch Centrum Alkmaar

NVALT assistentendag 2011

Scheveningen heeft weinig gemeen met Chicago, behalve dat het er altijd waait. Op 18 juni – de dag waarop de jaarlijkse assistentendag plaatsvond - waaide het zelfs zo hard in Scheveningen, dat ademen niet nodig was; af en toe de mond openen was meer dan voldoende. Mooie omstandigheden om bijgeschoold te worden over de fysiologie van de ademhaling. Joost van den Aardweg gaf tijdens het ochtendprogramma uitleg over de interpretatie van ergometrie, op een manier die zowel voor de beginnende als de meer ervaren assistent boeiend was. Met behulp van een door hem ontwikkeld programma (CyclePlotter) worden alle variabelen weergegeven als functie van de tijd (in plaats van als functie van ofwel het wattage, ofwel de VCO₂, ofwel de VE). Op deze manier kunnen alle variabelen afzonderlijk van elkaar bekeken worden. (Nieuwsgierig? De presentatie is terug te vinden op de site, <http://www.nvalt.nl/vereniging/aios/nieuws/>.) Na de presentatie kregen we de kans om te oefenen in werkgroepen. Een uitermate leerzaam begin van de dag, over een onderwerp

dat blijft boeien (en hardnekkig weigert om ooit makkelijk te worden).

Vervolgens vond de ledenvergadering plaats. Allereerst hebben de bestuursleden zich voorgesteld (zie onderaan dit verslag de huidige samenstelling van het bestuur). Marijne Smits is verwelkomd als nieuw bestuurslid. Sander de Hosson heeft ons afgelopen jaar moeten verlaten wegens het afronden van zijn opleiding (die wat ons betreft best nog een jaartje langer had mogen duren). Hij heeft als voorzitter van het assistentenbestuur veel voor elkaar gekregen.

Daarna zijn de AIOS geïnformeerd over de belangrijkste zaken van het afgelopen jaar.

- *Concilium*: Landelijk is het nieuwe opleidingsplan goed ingevoerd. Ten tweede wordt het Hermes-examen dit jaar voor het eerst als verplichte kennis-toets afgenomen voor alle AIOS. Ten aanzien van de individuele scores van de AIOS is in de opleidersvergadering afgesproken dat deze scores ook

aan de opleiders worden doorgegeven. De toets wordt afgenomen op zaterdag 8 oktober. Aansluitend wordt een lunch en een borrel georganiseerd.

- *Website*: Op onze eigen AIOS-pagina's is alles te vinden over opleiding, onderwijs en nieuws. Sinds kort hebben we onze eigen nieuwsbrief.
- *School voor longziekten*: Er wordt gesproken over een wijziging in de organisatie van bijscholing, echter deze wijziging is nog onvoldoende doorgevoerd om uit de doeken te kunnen doen.
- *Cursorisch onderwijs*: Voor de NVALT cursussen dient iedere AIOS zich apart aan te melden; voor aanvang van de cursus wordt een e-mail voor deze aanmelding gestuurd. Verder worden de kosten voor de cursussen rechtstreeks bij de AIOS gedeclareerd. Deze kosten dienen vergoed te worden door het opleidingsziekenhuis, hetgeen in de meeste gevallen goed lijkt te gaan.
- *Bronkhorst Colloquia*: de komende Bronkhorst zal plaatsvinden van 24





tot 26 november, het onderwerp is 'Update van relevante technieken in de longziekten'. Deze nascholing zit altijd snel vol, advies aan de AIOS om zich tijdig in te schrijven (dit kan per 1 september).

- **LVAG:** De LVAG heeft dit jaar haar 50-jarig gevierd met symposia over onderwerpen die voor de aios belangrijk zijn, zoals het profijtbeginsel, part-time werken en medisch recht. Verder heeft de LVAG zich afgelopen jaar bemoeid met de CAO voor universitaire medische centra (de werkgevers wilden o.a. de onregelmatigheidstoeslag afschaffen), vooralsnog met succes.

En toen brak het moment van de waarheid aan. Een voorzichtige blik naar buiten liet zowaar een blauwe lucht zien. De wind liet



zich echter van zijn sterkste kant zien. Na de groepsfoto met wapperende haren, een flinke wandeling over de boulevard en een cocktail om moed in te drinken kon de uitdaging van het volleyballen beginnen. Een aantal bèta-breintjes deed verwoede pogingen om de windrichting om te zetten in vectoren, die gecombineerd met werpriching en –kracht, zouden kunnen leiden tot een bal die op de goede plek terecht kwam. Gelukkig zijn bèta-breintjes van nature niet goed in gooien, anders hadden ze nog gewonnen ook. De voor publicatie geschikte foto's zie je hieronder, de rest is te bekijken op <http://www.nvalt.nl/vereniging/aios>. Wij kijken terug op een heel geslaagde assistentendag!

Namens het bestuur,
Kris Mooren
Marijne Smits

Huidige assistentenbestuur:

Voorzitter: Barbara Knipscheer (Nieuwegein).

Secretaris: Sami Simons (Nijmegen).

School voor longziekten: Sami Simons, Barbara Knipscheer.

Cursorisch onderwijs: Nienke Thönissen (Amsterdam), Marijne Smits (Leiden).

LVAG: Marieke van Harskamp (Leeuwarden), Nienke Thönissen.

Richtlijnen: Maarten Tip (Groningen).

Website: Kris Mooren (Alkmaar), Marijne Smits.

Concilium: Marieke van Harskamp, Kris Mooren, Guido Epping (Enschede), Nienke Thönissen

Bronckhorst Colloquia: Sami Simons, Marijne Smits.

Organisatie assistentendag: Maarten Tip, Anne van der Lindert (Utrecht).

Conceptprogramma studiedagen

Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding VvAwT

Thema's : Diagnostiek en behandeling van tuberculose bij kinderen
Bron en contactopsporing
Tuberculosecasuïstiek

Datum : 13 en 14 januari 2012

Locatie : Conferentiecentrum Kaap Doorn

Vrijdag 13 januari 2012

9.30 - 10.00	Ontvangst
10.00 - 10.10	Welkom Kees van der Loo, voorzitter VvAwT
10.10 - 10.30	(Inter)nationale ontwikkelingen in de tuberculosebestrijding Peter Gondrie, directeur KNCV Tuberculosefonds
	Ochtendprogramma: Tuberculose bij kinderen Voorzitter: Peter Gondrie
10.30 - 11.15	Diagnostiek en behandeling van tuberculose bij kinderen Charlie Obihara, kinderarts Elisabeth ziekenhuis Tilburg
11.15 - 11.30	Pauze
11.30 - 12.00	Retrospectief overzicht uitkomsten BCO bij kinderen < 5 jaar in de regio Amsterdam Karen Beenders-Fijlstra, longarts Alkmaar
12.00 - 12.15	Casuïstiek kindertuberculose
12.15 - 13.30	Lunch
	Middagprogramma : Bron en Contactonderzoek (BCO)
13.30 - 14.30	BCO: Europese en Nederlandse richtlijnen Connie Erkens, consulent tuberculosebestrijding en surveillance KNCV Tuberculosefonds Margreet Kamphorst-Roemer, arts tuberculosebestrijding GGD Leiden en Amsterdam
14.30 - 17.00	BCO: Opbrengst en Casuïstiek Overige onderwerpen
17.00 - 18.00	Borrel
	Avondprogramma
20.00 - 21.00	Fotobespreking Roxana van Nispen-Dobrescu en Erik Huisman, beiden arts tuberculosebestrijding resp. GGD Eindhoven en Den Haag

Zaterdag 14 januari 2012

39

	Tuberculosecasuïstiek
	Vraag en antwoord: Interactieve casuïstiek. Aangeleverde casuïstiek en vragen uit het veld zullen op interactieve wijze worden besproken o.l.v.
9.30 - 10.10	Martin Boeree, longarts, Tuberculosecentrum Dekkerswald, Groesbeek
10.10 - 10.50	Wiel de Lange, longarts, Tuberculosecentrum Beatrixoord, Haren
10.50 - 11.20	Pauze
11.20 - 12.00	Richard van Altena, longarts, Tuberculosecentrum Beatrixoord, Haren
12.00 - 12.40	Cecile Magis-Escurra, longarts, Tuberculosecentrum Dekkerswald, Groesbeek
12.45	Evaluatie en afsluiting
13.00	Lunch

AccreditatieWordt aangevraagd bij: ABSG (www.absg.nl) en NVALT (www.nvalt.nl)**Inlichtingen over deelname en logistiek**

Congresorganisatie Commissie Nascholing VvAwT

Mw. J. Huisman-van Berkel

Telefoon 06-51793457

e-mail: van.berkel.cons@wanadoo.nl (cc e-mail: marianwullems@hotmail.com)**Locatie**

Conferentiecentrum Kaap Doorn

Postweg 9

3941 KA Doorn

T:0343-414241

www.kaapdoorn.nl

De longarts als spin in het web...

Stel: Een middelbare scholier en een wiskundige krijgen ieder 9 dezelfde sommen voorgelegd om op te lossen; 3 makkelijke, 3 moeilijke en 3 zeer moeilijke opgaven. De wiskundige lost binnen afzienbare tijd alle sommen foutloos op. De middelbare scholier echter, heeft de eenvoudige sommen goed, maakt fouten bij de moeilijker opgaven en moet het antwoord schuldig blijven op de gecompliceerde opgaven. Het is niet logisch om vervolgens de middelbare scholier te benoemen tot primair verantwoordelijke voor mathematische vraagstukken. Toch is dat vreemd genoeg wel het geval bij de zorg voor COPD-patiënten.

Door overheid en ziektekostenverzekeraars is er voor gekozen om huisarts en praktijkondersteuner te laten beoordelen wat er met een COPD-patiënt aan de hand is en welke zorg deze nodig heeft. Pas als men vastloopt in diagnostiek of therapie wordt iemand met meer kennis van zaken (de longarts) ingeschakeld. Deze bottom-up benadering heeft twee belangrijke nadelen. Ten eerste gaat deze benadering uit van de premisse dat de moeilijkheidsgraad door de 1^e lijn juist wordt ingeschat. Om in de wiskundige analogie te blijven: dat de moeilijke sommen ook als moeilijk worden beoordeeld. Het is echter zoals Johan Cruijff ooit zei: "Je gaat het pas zien als je het doorhebt". Iedere longarts zal de situatie herkennen van de in de 2^e lijn tot dan toe onbekende COPD-patiënt die zich met een exacerbatie op de spoedeisende hulp meldt, waarbij veel meer zaken mis zijn dan op dat moment bekend waren bij de huisarts. Bovendien suggereert deze benadering dat er twee categorieën COPD-patiënten zijn: zij die kunnen volstaan met 1^e lijnsdiagnostiek en therapie en zij die 2^e lijnszorg behoeven. Dit is een kunstmatige scheiding, die louter vanuit financiële motieven tot stand is gekomen.

Zou het niet veel logischer zijn om vanuit het oogpunt van optimale zorg voor de patiënt, te kiezen voor een top-down benadering? Laat iedere COPD-patiënt beoordeeld worden door de deskundige op COPD-gebied, de longarts. Deze kan

dan vanuit zijn expertise de juiste diagnose stellen (waaraan het nogal eens ontbreekt!) en een voorstel doen voor therapeutische interventies. Beleidsmakers zullen hiertegen inbrengen dat de kosten zullen exploderen door substitutie van 1^e naar 2^e lijn, maar dit hoeft geenszins het geval te zijn. Er zijn modellen te bedenken, waarbij de longarts de patiënt "op papier" beoordeelt en waarbij de afspraak wordt gemaakt dat de diagnostiek zoveel mogelijk in de 1^e lijn plaatsvindt. Een en ander vraagt om een protocollaire benadering, waarbij een COPD-patiënt op alle relevante domeinen systematisch in kaart wordt gebracht en waarbij de nadruk komt te liggen op ziektebelasting. Dat is wel een radicaal andere benadering dan de huidige GOLD-indeling, waaraan velen nog vasthouden om te differentiëren.

Daarnaast moeten deze protocollen wel voorzien in een getrapte benadering, zodat niet alle COPD-patiënten hetzelfde uitgebreide arsenaal aan diagnostiek ondergaan. Uiteindelijk leidt een dergelijk regime tot een individueel zorgplan, waarin de mogelijke therapeutische interventies zijn benoemd. Ook hiervoor geldt het uitgangspunt: wat in de 1^e lijn kan, moet in de 1^e lijn. In de 2^e lijn worden uitsluitend 2 categorieën patiënten gezien: zij die een uitgebreider diagnostisch traject dienen te ondergaan en zij waarvoor een therapeutische interventie nodig is, die niet in de 1^e lijn kan plaatsvinden. In een dergelijk model wordt de longarts losgetrokken uit het ziekenhuis in een rol als expert. Er wordt betaald voor de expertise van longartsen, niet voor het dure ziekenhuisdeel. Per saldo zou dit model wel eens tot lagere in plaats van hogere kosten kunnen leiden. Dit model stelt wel direct eisen aan ons longartsen. We dienen dan ook daadwerkelijk over de expertise te beschikken, waarop we ons laten voorstaan. Deze vereist meer kennis over bijvoorbeeld longfunctie en pathofysiologie bij COPD dan waar de gemiddelde longarts nu over beschikt. Ook vereist het de bereidheid om te komen tot een geheel andere manier van werken, waarbij de obligate jaarlijkse of halfjaarlijkse policonroles, waarbij niet

veel meer wordt gecontroleerd dan de FEV1 en de thoraxfoto, komen te vervallen. Deze uitdaging kan er wel toe leiden dat de meerwaarde van de longarts niet meer ter discussie zal staan.

De NVALT kan hierin een belangrijke rol spelen, door nascholing te organiseren, waarbij de focus niet zoals nu gericht is op medicatie, maar heel breed op alle diagnostische en therapeutische modaliteiten. Maar ook op organisatorisch vlak valt er veel te leren. De 1^e lijn heeft wat dat betreft haar zaken beter voor elkaar. Waarom niet centraal modellen ontwikkeld voor transmurale samenwerking, waarbij de longarts nu eens niet reactief is, maar actief? Breng eens in kaart wat het voordeel voor de patiënt is, als er een juiste diagnose wordt gesteld. Laat eens uitrekenen wat voor winst er te behalen is als inhalatiesteroiden aan de juiste patiënten worden voorgeschreven. Maak gebruik van de status en expertise van hoogleraren met COPD als aandachtsgebied. Maak best practices zichtbaar. Benader patiëntenverenigingen.

Beleidsmakers zijn echter vooral gevoelig voor getallen. Net zo goed als het belangrijk is om een individuele COPD-patiënt op de juiste wijze "gefileerd" te hebben om tot een behandelplan te komen, is het van groot belang om de COPD-populatie als geheel in kaart te hebben op een set essentiële parameters inclusief uitkomstindicatoren. Deze geaggregeerde data vormen een schat aan managementinformatie, waarop beleid kan worden gemaakt. De integrale kankercentra zijn een goed voorbeeld hoe een en ander vormgegeven kan worden.

De longarts als spin in het web: een aantrekkelijk perspectief?

Ik geef de PulmoPen graag door aan mijn goede vriend Jan van der Maten, die alles weet van uitdagingen binnen het longartsenbestaan.

Remco Djamin

Dynamic Effect of COPD

In and beyond the lung

Samenvatting proefschrift Jorien Hannink Radboud Universiteit Nijmegen

Promotiedatum: 9 juni 2011 Promotor: Prof. Dr. P.N.R. Dekhuijzen

COPD wordt gekenmerkt door een progressieve beperking van de expiratoire flow.¹ Ook is COPD geassocieerd met een abnormale ontstekingsreactie van de longen op schadelijke deeltjes of gassen en heeft COPD systemische consequences.¹ In dit proefschrift hebben we geprobeerd om klinisch belangrijke gevolgen van deze twee aspecten van COPD te onderzoeken. Ten eerste onderzochten we de gevolgen van flowbeperking op operationele longvolumes tijdens inspanning. Ten tweede hebben we systemische gevolgen van COPD, zoals systemische inflammatie en cardiovasculaire comorbiditeit, onderzocht en samengevat.

Operationele longvolumes bij COPD

Operationele longvolumes, zoals dynamische hyperinflatie (DH) en inspiratoire reserve volume (IRV), worden doorgaans afgeleid uit herhaalde metingen van de inspiratoire capaciteit (IC).² Het doel van hoofdstuk 2 was om de validiteit van Oxycon Mobile, een draagbaar en draadloos instrument voor het meten van cardiopulmonale parameters, te bepalen betreffende het meten van de IC in rust en tijdens steady-state inspanning. Oxycon Pro (de vaste versie van dit apparaat) werd beschouwd als de gouden

standaard. Het verschil in IC gemeten door beide apparaten was in 95% van de gevallen maximaal $\pm 10\%$ zowel in rust als tijdens inspanning, wat in overeenstemming is met de aanbevolen inter-instrument reproduceerbaarheid.³ We concludeerden dat Oxycon Mobile en Oxycon Pro kunnen worden uitgewisseld voor het meten van IC's en dus van operationele longvolumes. De Oxycon Mobile werd gebruikt om DH en IRV te bepalen tijdens zelfgekozen dyspneu-veroorzakende activiteiten van het dagelijks leven (ADL) bij patiënten thuis, in hoofdstuk 3. Om beter inzicht te krijgen in de oorzaken van dyspneu en in-



spanningsbeperking in het dagelijks leven, werden DH en IRV vergeleken bij COPD patiënten met verschillende ernst van de ziekte, namelijk Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) stadium II-IV. ADL varieerden van stofzuigen en tassen dragen tot de afwas doen en wandelen. Er werd geen significant verschil in DH gevonden tussen de GOLD categorieën aan het eind van ADL. Op isotime (gelijke tijd; 2min) was er een tendens voor een toenemende mate van DH bij toenemend GOLD stadium, maar een afname bij GOLD IV patiënten. Dit was in overeenstemming met onze hypothese dat DH toeneemt bij toenemende luchtwegobstructie, maar dat het effect van deze flowbeperking wordt beperkt door het effect van volumebeperking in de patiënten met de meest ernstige COPD. IRV aan het eind van ADL was niet significant verschillend, maar op isotime

was het significant kleiner in de meest ernstige groepen.

Alleen GOLD IV patiënten bereikten de dyspneu limiet (IRV_{-0,5L}).⁴ Hoewel GOLD II en III patiënten de neiging hadden om meer DH tijdens ADL te ontwikkelen, scoorden ze minder dyspneu dan GOLD IV patiënten. GOLD II en III patiënten bereikten de dyspneu limiet niet, omdat ze minder statische hyperinflatie hadden. Dit ondersteunt het idee dat een beperkt IRV een belangrijkere determinant voor dyspneu is dan DH. Beperking van de activiteit in de meest ernstige groep was waarschijnlijk een combinatie van het bereiken van de dyspneu limiet en minimale ademhalingsreserve (<11L en/of 15% van de maximale vrijwillige ventilatie, dat wordt geschat door 37,5xgeforceerd expiratoir 1-secondevolume (FEV₁)).⁵ We concludeerden dat DH onafhankelijk van de ernst van de ziekte ontstaat tijdens dagelijkse bezigheden. Verder concludeerden we dat een laag IRV, welke wordt bepaald door statische plus dynamische hyperinflatie, belangrijker is voor dyspneu en inspanningsbeperking dan DH.

In tegenstelling tot wat meestal wordt getest in laboratoriumsituaties (fietsen en lopen), is armarbeid een belangrijk onderdeel van ADL. Er wordt meer dyspneu gemeld tijdens inspanning met de armen dan tijdens inspanning met de benen.⁶ Aangezien DH een belangrijke bijdrage levert aan dyspneu,⁴ werd in de studie beschreven in hoofdstuk 4 de hoeveelheid DH tussen steady-state inspanning met armen en benen (ergometrie) vergeleken. Om het effect van de hoeveelheid ventilatie op DH uit te sluiten, werd DH gemeten tijdens gelijke ventilatie (isoventilatie). De hypothese was dat DH groter is tijdens armergometrie, vooral als gevolg van een grotere afhankelijkheid van de ademfrequentie om de ventilatie te verhogen. Het gebruik van thoracale spieren voor armpositioner-

ing en houding kan leiden tot een stijvere thorax, waardoor het moeilijker is om het teugvolume te vergroten. Hierdoor zal de ademfrequentie hoger moeten worden om de ventilatie te verhogen. In tegenstelling tot onze hypothese was het niveau van DH niet significant verschillend, ondanks een hogere ademfrequentie

tijdens inspanning met de armen dan tijdens inspanning met de benen. Steady-state IRV was significant groter tijdens armergometrie als gevolg van kleinere teugvolumes. Tijdens beide soorten inspanning werd de kritische grens van ~0,5L voor het IRV niet bereikt. In overeenstemming met deze bevindingen vonden we niet meer dyspneu tijdens arm inspanning op isoventilatie. Uit deze studie concludeerden we dat DH gelijk is tijdens inspanning met armen en benen op isoventilatie bij patiënten met COPD, ondanks een verschil in adempatroon. Het kan echter zijn dat het verschil te klein was om effect te hebben op DH, of dat kleine verschillen in DH niet werden gedetecteerd.

Eerdere studies tonen aan dat veranderingen in operationele longvolumes betere voorspellers zijn van patiëntgeoriënteerde uitkomsten, zoals dyspneu, dan FEV₁.^{7,8} In tegenstelling tot de daling van de FEV₁, is het onbekend hoe DH zich ontwikkelt tijdens het ziekteverloop. Daarom was het doel van hoofdstuk 5 om DH te onderzoeken tijdens twee jaar follow-up bij patiënten met COPD. DH werd geïnduceerd door metronoom gestuurde hyperventilatie (MPH), een eenvoudig surrogaat voor inspanning.⁹ Bij patiënten met milde tot ernstige COPD vonden we een toename in DH van 0,23L gedurende twee jaar follow-up, zonder een verandering in de FEV₁. Rokers lieten gedurende twee jaar een snellere daling van FEV₁ en een grotere toename van DH zien dan niet-rokers, terwijl de verandering in statische hyperinflatie vergelijkbaar was. Deze resultaten suggereren dat DH een gevoelige maat is om de gevolgen van veranderingen in de luchtwegobstructie op te sporen.

Systemische effecten bij COPD

COPD is geassocieerd met een laaggradige systemische ontsteking,¹⁰ die is gerelateerd aan de ontwikkeling van systemische comorbiditeiten, zoals hart- en vaatziekten en spiermassaverlies.¹¹⁻¹⁵ Ook leidt (submaximale) inspanning tot een ontstekingsreactie bij COPD patiënten (met spiermassaverlies).^{16,17} Het doel van hoofdstuk 6 was om te onderzoeken of niet-invasieve beadem-

ing (NIV) de systemische inflammatoire respons op submaximale inspanning vermindert ten opzichte van controle inspanning. NIV leidt over het algemeen tot grotere inspanningstolerantie en minder dyspneu¹⁸ door het ontlasten van de ademhalingsspieren.^{19,20} Onze hypothese was dat de inflammatoire respons op inspanning onderdrukt zou worden door NIV. NIV verminderde de IL-6 respons op submaximale inspanning bij COPD patiënten met spiermassaverlies. Hoewel de IL-6 respons geremd werd, werd er geen complete onderdrukking van de inflammatoire respons waargenomen. Aangezien NIV de ademhalingsspieren ontlast, suggereren deze data dat de ademhalingsspieren betrokken zijn bij het inspanningsgerelateerde vrijkomen van IL-6. IL-6 speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling van comorbiditeiten bij COPD²¹ en ook in de normale fysiologische respons op inspanning.²² Daarom moet rekening gehouden worden met deze resultaten als NIV tijdens inspanning wordt toegepast bij onderzoek of revalidatie.

Andere interventies in het kader van het beïnvloeden van systemische inflammatie zijn statinen. Voornamelijk retrospectieve studies tonen positieve effecten van statinen bij COPD, die werden samengevat in hoofdstuk 7. Statinen verminderen veilig de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit bij patiënten met een verhoogd cholesterol in het kader van zowel primaire als secundaire preventie van coronaire hartziekten.^{23,24} Naast cholesterolverlagende effecten zijn zogenaamde pleiotrope of cholesterolonafhankelijke effecten gesuggereerd. Veelbelovende effecten van statinen bij COPD zijn beschreven op de ontwikkeling en progressie van COPD, morbiditeit en mortaliteit. De beschreven studies moeten echter als hypothesevormend worden beschouwd. Om daadwerkelijk aan te tonen dat statinen effect hebben bij COPD patiënten moeten prospectieve gerandomiseerde trials uitgevoerd worden met klinisch relevante eindpunten zoals longfunctie, exacerbatiefrequentie, lichaamssamenstelling, spierkracht en inspanningstolerantie. Hart- en vaatziekten en hartfalen (HF) zijn voorbeelden van comorbiditeiten bij COPD. In hoofdstuk 8 beschrijven we de prevalentie van gecombineerd COPD en HF. Het vaststellen van de prevalentie van COPD samen met HF is complex om verschillende redenen. Ten eerste zijn er overlappende risicofactoren, klachten en symptomen die HF diagnostiek bij COPD bemoeilijken en vice versa. Ook neemt het stellen van de di-

agnose van beide ziekten relatief veel tijd in beslag, waardoor diagnoses bij ontslag uit het ziekenhuis en/of gegevens over voorgeschreven medicijnen vaak gebruikt worden om de gecombineerde prevalentie vast te stellen. Ten slotte zijn de definities van beide ziektebeelden in de loop van de tijd veranderd. De prevalentie van HF bij COPD werd onderzocht volgens de huidige definities en bleek 21%.²⁵ COPD bij HF patiënten lijkt echter niet zo grondig onderzocht en prevalentie op basis van databases varieert van 7 tot 51%.²⁶ Linker ventrikel systolische disfunctie lijkt geen belangrijke rol te spelen bij COPD patiënten zonder hart- en vaatziekten, in tegenstelling tot diastolische linker ventrikel disfunctie.²⁷ Diastolische linker ventrikel disfunctie wordt verondersteld te worden gemedieerd door verhoogde pulmonale vasculaire weerstand en daardoor verplaatsing van het septum naar links, ook wel ventriculaire 'interdependence' genoemd.^{28,29} Stijging van de pulmonale vasculaire weerstand kan optreden als gevolg van verschillende mechanismen, waaronder het verlies van pulmonale vasculaire capaciteit als gevolg van destructie van parenchym, hypoxische pulmonale arteriële vasoconstrictie en hyperinflatie.^{30,31} In niet-geselecteerde (hart- en vaatziekten niet als exclusiecriteria) patiënten met COPD zouden hart- en vaatziekten een bijkomend mechanisme kunnen zijn voor de verhoogde gelijktijdige prevalentie van (systolische en diastolische) linker ventrikel disfunctie/HF.³² Toekomstige studies zouden zich moeten richten op een optimale diagnose en behandeling bij patiënten met gelijktijdig COPD en HF.

REFERENTIES

1. Celli BR, Macnee W. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J* 2004;23:932-946.
2. O'Donnell DE, Webb KA. Exertional breathlessness in patients with chronic airflow limitation. The role of lung hyperinflation. *Am Rev Respir Dis* 1993; 148:1351-1357.
3. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, et al. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J* 2005;26:319-338.
4. O'Donnell DE, Voduc N, Fitzpatrick M, Webb KA. Effect of salmeterol on the ventilator response to exercise in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir*

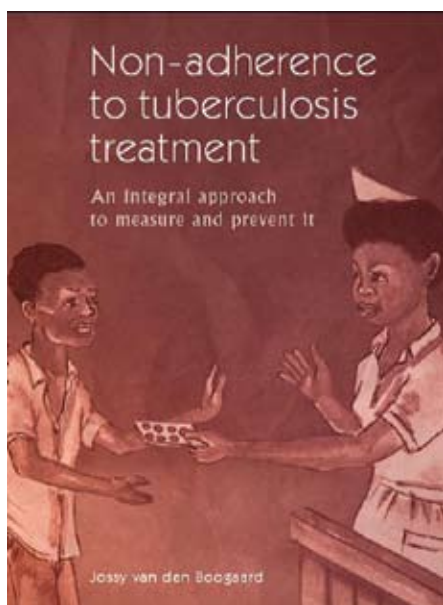
- J 2004;24:86-94.
5. ATS/ACCP Statement on cardiopulmonary exercise testing. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;167:211-277.
 6. Porto EF, Castro AA, Velloso M, Nascimento O, Dal MF, Jardim JR. Exercises using the upper limbs hyperinflate COPD patients more than exercises using the lower limbs at the same metabolic demand. *Monaldi Arch Chest Dis* 2009;71:21-26.
 7. Cooper CB. The connection between chronic obstructive pulmonary disease symptoms and hyperinflation and its impact on exercise and function. *Am J Med* 2006;119:21-31.
 8. O'Donnell DE. Hyperinflation, dyspnea, and exercise intolerance in chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc* 2006;3:180-184.
 9. Gelb AF, Gutierrez CA, Weisman IM, Newsom R, Taylor CF, Zamel N. Simplified detection of dynamic hyperinflation. *Chest* 2004;126:1855-1860.
 10. Gan WQ, Man SF, Senthilselvan A, Sin DD. Association between chronic obstructive pulmonary disease and systemic inflammation: a systematic review and a meta-analysis. *Thorax* 2004;59:574-580.
 11. Agusti A. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease: what we know and what we don't know (but should). *Proc Am Thorac Soc* 2007;4:522-525.
 12. Barnes PJ, Celli BR. Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *Eur Respir J* 2009;33:1165-1185.
 13. Magnussen H, Watz H. Systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease and asthma: relation with comorbidities. *Proc Am Thorac Soc* 2009;6:648-651.
 14. Sevenoaks MJ, Stockley RA. Chronic Obstructive Pulmonary Disease, inflammation and co-morbidity—a common inflammatory phenotype? *Respir Res* 2006;7:70.
 15. Wouters EF, Creutzberg EC, Schols AM. Systemic effects in COPD. *Chest* 2002;121:1275-305.
 16. van Helvoort HA, van de Pol MH, Heijdra YF, Dekhuijzen PN. Systemic inflammatory response to exhaustive exercise in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med* 2005;99:1555-1567.
 17. van Helvoort HA, Heijdra YF, de Boer RC, Swinkels A, Thijs HM, Dekhuijzen PN. Sixminute walking-induced systemic inflammation and oxidative stress in muscle-wasted COPD patients. *Chest* 2007;131:439-445.
 18. van 't Hul A, Kwakkel G, Gosselink R. The acute effects of noninvasive ventilator support during exercise on exercise endurance and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *J Cardiopulm Rehabil* 2002;22:290-297.
 19. Petrof BJ, Calderini E, Gottfried SB. Effect of CPAP on respiratory effort and dyspnea during exercise in severe COPD. *J Appl Physiol* 1990;69:179-188.
 20. Polkey MI, Kyroussis D, Mills GH, Hamnegard CH, Keilty SE, Green M, et al. Inspiratory pressure support reduces slowing of inspiratory muscle relaxation rate during exhaustive treadmill walking in severe COPD. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;154:1146-1150.
 21. Sin DD, Man SF. Skeletal muscle weakness, reduced exercise tolerance, and COPD: is systemic inflammation the missing link? *Thorax* 2006;61:1-3.
 22. Helge JW, Stallknecht B, Pedersen BK, Galbo H, Kiens B, Richter EA. The effect of graded exercise on IL-6 release and glucose uptake in human skeletal muscle. *J Physiol* 2003;546:299-305.
 23. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994;344:1383-1389.
 24. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, Isles CG, Lorimer AR, Macfarlane PW, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. West of Scotland Coronary Prevention Study Group. *N Engl J Med* 1995;333:1301-1307.
 25. Rutten FH, Cramer MJ, Grobbee DE, Sachs AP, Kirkels JH, Lammers JW, et al. Unrecognized heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Heart J* 2005;26:1887-1894.
 26. Hawkins NM, Petrie MC, Jhund PS, Chalmers GW, Dunn FG, McMurray JJ. Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: diagnostic pitfalls and epidemiology. *Eur J Heart Fail* 2009;11:130-139.
 27. Barr RG, Bluemke DA, Ahmed FS, Carr JJ, Enright PL, Hoffman EA, et al. Percent emphysema, airflow obstruction, and impaired left ventricular filling. *N Engl J Med* 2010;362:217-227.
 28. Boussuges A, Pinet C, Molenat F, Burnet H, Ambrosi P, Badier M, et al. Left atrial and ventricular filling in chronic obstructive pulmonary disease. An echocardiographic and Doppler study. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;162:670-675.
 29. Louie EK, Rich S, Levitsky S, Brundage BH. Doppler echocardiographic demonstration of the differential effects of right ventricular pressure and volume overload on left ventricular geometry and filling. *J Am Coll Cardiol* 1992;19:84-90.
 30. Barbera JA, Peinado VI, Santos S. Pulmonary hypertension in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2003;21:892-905.
 31. Jorgensen K, Muller MF, Nel J, Upton RN, Houltz E, Ricksten SE. Reduced intrathoracic blood volume and left and right ventricular dimensions in patients with severe emphysema: an MRI study. *Chest* 2007;131:1050-1057.
 32. Sin DD, Man SF. Why are patients with chronic obstructive pulmonary disease at increased risk of cardiovascular diseases? The potential role of systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease. *Circulation* 2003;107:1514-1519.

BIBLIOGRAFIE

- Hannink JD, Lahaije AJ, Verberkt C, Dekhuijzen PN, van Helvoort HA, Heijdra YF. Validity of Oxycon Mobile in measuring inspiratory capacity in healthy subjects. *Clin Physiol Funct Imaging* 2010;30:206-209.
- Hannink JD, van Helvoort HA, Dekhuijzen PN, Heijdra YF. Dynamic hyperinflation during daily activities: does COPD Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease stage matter? *Chest* 2010;137:1116-1121.
- Hannink JD, van Helvoort HA, Dekhuijzen PR, Heijdra YF. Similar dynamic hyperinflation during arm and leg exercise at similar ventilation in COPD. *Med Sci Sports Exerc* 2011;43:996-1001.
- Hannink JD, Lahaije AJ, Bischoff EW, van Helvoort H, Dekhuijzen PN, Schermer TR, Heijdra YF. Dynamic hyperinflation after metronome-paced hyperventilation in COPD - a 2 year follow-up. *Respir Med* 2010;104:1700-1705.
- Hannink JD, van Hees HW, Dekhuijzen PR, van Helvoort HA, Heijdra YF. Non-invasive ventilation abolishes the IL-6 response to exercise in COPD patients. Submitted.
- Hannink JD, Heijdra YF. Statins in COPD - theoretical reflections. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A2196.
- Hannink JD, van Helvoort HA, Dekhuijzen PN, Heijdra YF. Heart failure and COPD: partners in crime? *Respirology* 2010;15:895-901.

Een integrale benadering van het probleem van therapie-ontrouw in de tuberculose behandeling

*Samenvatting proefschrift Jossy van den Boogaard
Radboud Universiteit Nijmegen Promotiedatum: 14 juli 2011*



Op 14 juli 2011 promoveerde Jossy van den Boogaard aan de Radboud Universiteit Nijmegen op een proefschrift getiteld "Non-adherence to tuberculosis treatment: an integral approach to measure and prevent it". Van den Boogaard werd in haar promotietraject begeleid door prof. dr. P.N.R. Dekhuijzen (longziekten), dr. R.E. Aarnoutse (klinische farmacologie), dr. M.J. Boeree (longziekten) en dr. G.S. Kibiki (KCMC, Moshi, Tanzania).

In haar proefschrift benadert Van den Boogaard het probleem van therapie-ontrouw in de tuberculose behandeling op integrale wijze. Het probleem wordt bestudeerd vanuit een biomedische invalshoek en vanuit het perspectief van patiënten. Verschillende methoden om therapietrouw te meten worden in het proefschrift geëvalueerd, en er is aandacht voor operationele

en farmacologische strategieën om therapie-ontrouw door tuberculose patiënten te voorkomen.

De meeste onderzoeken die in het proefschrift staan, zijn uitgevoerd in de noordelijke Kilimanjaro Region van Tanzania waar Van den Boogaard voor haar promotietraject verbleef. De bevindingen zijn echter ook relevant voor tuberculose controle programma's elders in de wereld.

Therapie-ontrouw: een drijver van de tuberculose epidemie

Ondanks de beschikbaarheid van een effectieve behandeling is tuberculose (TBC) nog steeds een wereldwijd gezondheidsprobleem dat ieder jaar meer dan 9 miljoen mensen treft. TBC is na HIV de belangrijkste doodsoorzaak onder de infectieziekten in de wereld. TBC en HIV gaan vaak samen op, met name in Zuidelijk en Oost Afrika waar tot wel 50% van de TBC patiënten ook besmet is met HIV.

HIV is niet de enige stuwende kracht achter het blijven voortbestaan van TBC. Een andere belangrijke factor is therapie-ontrouw door patiënten, bijvoorbeeld door onregelmatige medicatie inname of het voortijdig afbreken van de 6 maanden durende behandeling. Therapie-ontrouw kan leiden tot het falen van de behandeling, het terugkeren van de ziekte na een ziektevrije periode en de ontwikkeling van medicatieresistente TBC. Deze ongunstige behandeluitkomsten veroorzaken niet alleen ernstige gezondheidsproblemen in individuele patiënten, maar vormen ook een bedreiging voor de volksgezondheid omdat ongegenezen TBC patiënten de ziekte kunnen overdragen op mensen in hun omgeving.

Therapie-ontrouw in de tuberculosebehandeling begrijpen

Het proefschrift begint met het verkennen

het probleem van therapie-ontrouw in de TBC behandeling vanuit een klinisch-farmacologisch perspectief en vanuit de ervaringen van patiënten. Zo wordt de relatie tussen therapie-ontrouw en de behandeluitkomst geanalyseerd om te kunnen begrijpen waarom het zo moeilijk is om de gevolgen van verschillende patronen van therapie-ontrouw voor het genezingsproces te voorspellen. In het geval van HIV-behandeling bijvoorbeeld, is bekend dat patiënten tenminste 95% van hun medicijnen moeten innemen zoals voorgeschreven om ervoor te zorgen dat het virus onderdrukt blijft. Zulke informatie is niet bekend voor de TBC behandeling, omdat de relatie tussen therapie-ontrouw en de behandeluitkomst wordt beïnvloed door complexe medicatie-, gastheer-, en ziekteverwekker-gerelateerde factoren waarover maar weinig bekend is. Bovendien liggen verschillende biologische mechanismen ten grondslag aan de verschillende gevolgen van therapie-ontrouw. Deze mechanismen moeten afzonderlijk uitgeplozen worden in aanvullend onderzoek om te kunnen voorspellen hoe en in welke mate therapie-ontrouw het genezingsproces beïnvloedt.

In het proefschrift van Van den Boogaard worden ook de determinanten van therapie-trouw gedrag onderzocht. Hiervoor zijn Tanzaniaanse TBC patiënten geïnterviewd en werd er een theoretisch model van therapie-trouw gedrag ontwikkeld op basis van de ervaringen van deze patiënten. Een belangrijke maar vaak vergeten eerste stap in de richting van therapie-trouw is de beslissing van patiënten om naar de kliniek te gaan voor diagnose en behandeling. Deze beslissing hangt samen met de kennis en (traditionele) opvattingen van patiënten over TBC. Als de diagnose eenmaal is gesteld en de behandeling voorgeschreven, dan is de be-

langrijkste voorspeller van therapie-trouw gedrag het voornemen (de intentie) van patiënten om therapie-trouw te zijn. Deze intentie volgt uit de kennis en opvattingen van patiënten over de TBC behandeling en uit de motivatie om beter te worden. De aanwezigheid van een sociale netwerk is een andere determinant van de intentie om therapie-trouw te zijn: als patiënten het gevoel hebben dat belangrijke personen uit hun sociale netwerk therapie-ontrouw gedrag afkeuren, zijn ze eerder geneigd om therapie-trouw te zijn. Een sterke intentie om therapie-trouw te zijn helpt patiënten om obstakels van therapie-trouw te overwinnen, en om in hun omgeving hulpmiddelen te vinden die ervoor zorgen dat ze de medicatie niet vergeten.

Therapie-trouw meten

In het tweede deel van het proefschrift van Van den Boogaard worden verschillende methoden onderzocht om therapie-trouw te meten. Het meten van therapie-trouw is ingewikkeld omdat er geen simpel, betrouwbaar en betaalbaar meetinstrument bestaat. Een geavanceerde methode die steeds meer als de 'gouden standaard' wordt gezien, is het zogenaamde *Medication Event Monitoring System* (MEMS). Dit is een medicatie pot met in de deksel een micro-elektronische chip die de datum en tijd van iedere opening van de pot registreert. Het routinematig gebruik van MEMS in de klinische praktijk is onbetaalbaar voor de meeste landen waar veel TBC voorkomt, maar MEMS is wel een geschikt instrument voor onderzoeksdoeleinden. Van den Boogaard en haar collega's gebruikten MEMS-potten om in 50 Tanzaniaanse TBC patiënten de betrouwbaarheid van een aantal simpelere meetinstrumenten te bepalen. Het bleek dat de betrouwbaarheid van de gebruikelijke combinatiemethode van tellen van overgebleven pillen en registeren van de frequentie waarmee patiënten naar de kliniek komen om nieuwe medicatie op te halen, verbeterd kon worden door patiënten een standaard vragenlijst over therapie-trouw te laten invullen. In de vragenlijst staan ook vragen die betrekking hebben op de mogelijke problemen die patiënten ervaren bij de dagelijkse inname van hun medicatie. De antwoorden op deze vragen kunnen gezondheidswerkers helpen om patiënten adequaat te adviseren over hoe therapie-trouw vergemakkelijkt kan worden.

In een studie naar de ervaringen van Tanzaniaanse patiënten met betrekking tot het gebruik van MEMS-potten kwamen wel twee

valkuilen aan het licht: (1) het openen van de MEMS-pot betekent niet altijd een daadwerkelijke pil inname en sommige patiënten nemen meer dan één dosis tegelijk uit de pot voor later gebruik; en (2) het gebruik van MEMS kan (onbedoeld) de therapie-trouw van patiënten verbeteren. Het is daarom van belang dat de informatie die verkregen wordt met MEMS altijd kritisch wordt geïnterpreteerd.

MEMS en de andere genoemde methoden om therapie-trouw te meten hebben een gemeenschappelijk nadeel: ze berusten op de aanname dat patiënten hun medicatie daadwerkelijk hebben ingenomen, maar bewijzen dat niet. Methoden die de medicatie inname wél bewijzen, zijn directe methoden zoals het bepalen van medicijnspiegels in het bloed of urine van de patiënt. Echter, lage medicijnspiegels betekenen niet altijd dat de patiënt therapie-ontrouw is geweest. Andere oorzaken van lage spiegels zijn natuurlijke variaties in de medicijn opname- en uitscheidingsprocessen, en stoornissen in de opname van medicijnen uit het maag-darmstelsel, bijvoorbeeld bij patiënten met diabetes mellitus of HIV. Bovendien geven directe methoden om therapie-trouw te meten alleen informatie over inname van de meest recente dosis. Om deze redenen is het bepalen van medicijnspiegels in bloed of urine van patiënten van beperkte waarde voor het meten van therapie-trouw.

Therapie-ontrouw door tuberculose patiënten voorkomen

In het laatste deel van het proefschrift komen twee verschillende strategieën aan bod om therapie-ontrouw te voorkomen: (1) de Tanzaniaanse patiënt georiënteerde benadering die TBC patiënten laat kiezen tussen twee vormen van 'direct geobserveerde therapie' (DOT); en (2) het verkorten van de TBC behandeling om de therapie-trouw te vergemakkelijken.

Sinds 2007 kunnen TBC patiënten in Tanzania kiezen waar en door wie DOT aan hen wordt verstrekt: op de gebruikelijke wijze in de kliniek (*facility-based DOT*) of in de thuissituatie door een naaste van de patiënt (*community-based DOT*). De meeste patiënten kiezen voor laatstgenoemde optie. Uit een door Van den Boogaard en collega's uitgevoerde analyse van het eerste cohort van patiënten uit de Kilimanjaro Region die konden kiezen tussen *facility-based* en *community-based DOT*, blijkt dat het behandel-succes in patiënten onder *community-based DOT* net zo groot is als in patiënten onder *facility-based DOT*.

Een farmacologische strategie om de therapie-trouw van tuberculose patiënten te bevorderen is het verkorten van de behandelduur. De ontwikkeling van nieuwe behandelregimes van kortere duur is een complex en kostbaar proces. Het zal nog minimaal 10 jaar duren voordat nieuwe medicijnen de lange weg van onderzoek naar toepassing in de klinische praktijk hebben afgelegd. Een sneller alternatief is het herzien van medicijnen die al geregistreerd zijn voor gebruik in de TBC behandeling, zoals rifampicine en de fluoroquinolonen. De mogelijkheid om de TBC behandelduur te verkorten met behulp van hoge doseringen rifampicine wordt momenteel onderzocht in de Kilimanjaro Region. Rifampicine kan leverschade veroorzaken en het is onbekend of hoge doseringen van het middel goed worden verdragen door patiënten. Onder Tanzaniaanse patiënten die behandeld worden met rifampicine in de gebruikelijke dosering, komt de door TBC medicatie veroorzaakte leverschade in ieder geval nauwelijks voor, zo wordt in het proefschrift van Van den Boogaard beschreven.

Fluoroquinolonen zijn antibiotica die geregistreerd staan voor gebruik in de behandeling van multiresistente TBC en andere bacteriële infecties. Twee nieuwe middelen (moxifloxacin en gatifloxacin) in deze groep van antibiotica kunnen mogelijk de TBC behandelduur verkorten. Moxifloxacin wordt momenteel voor dit doel getest in de Kilimanjaro Region. Echter, men vreest dat het veelvuldige gebruik van fluoroquinolonen voor andere infecties resistentie veroorzaakt in de TBC bacillen. Dit zou een groot obstakel kunnen zijn voor de toepassing van fluoroquinolonen in TBC behandeling van kortere duur. Uit studies van Van den Boogaard en haar collega's bleek dat de fluoroquinolonen ook in de Kilimanjaro Region op grote schaal in de behandeling van allerlei infecties worden gebruikt, maar gelukkig werden geen fluoroquinolon-resistente TBC bacillen gevonden in Tanzaniaanse patiënten die eerder een fluoroquinolon hadden gebruikt. Deze bevinding is gunstig voor het toekomstige gebruik van fluoroquinolonen in een TBC behandeling van kortere duur.

Voor meer informatie over de beschreven onderzoeken of een kopie van het proefschrift kunt u zich wenden tot Jossy van den Boogaard:
jossyvandenboogaard@gmail.com.

Kwaliteitsbeleid & Veiligheid

Kwaliteit en veiligheid staan hoog in het vaandel ook bij de nieuwe minister van VWS. Zij zet het ingezette beleid van het vorige kabinet dan ook voort. Op basis van deze 2 parameters zal er in de nabije toekomst letterlijk en figuurlijk afgerekend worden door de zorgverzekeraars. "Verbetering van kwaliteit en veiligheid gaat hand in hand met kostenbesparing", zo is de achterliggende gedachte met de bedoeling om naast bevordering van transparantie en openheid in de zorg, de kostenontwikkeling te beheersen. Net terugkomend van de course European Health Leadership Programme aan de INSEAD kan ik deze gedachtegang alleen nog maar eens extra bevestigen en wordt ook internationaal op ingezet.

Redenen tot oprichting van de "Task Force" door de Raad Kwaliteit

- **Advies.** Na het verschijnen van de brief van toenmalig Minister Klink aan de 2^e Kamer omtrent zijn voornemen te komen een Nationaal Kwaliteitsinstituut, besloot de Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit (nu Raad Kwaliteit) in juni 2010 tot de inrichting van een commissie (de "Task Force") met als taakopdracht een advies te formuleren welk standpunt in te nemen t.a.v. dit voornemen van de minister. Ondergetekende werd gevraagd zitting te nemen in deze commissie.
- **Pro-activiteit.** In het najaar adviseerde "De Taskforce" om *'pro-actief en gezamenlijk aan de slag te gaan met het vormgeven en etaleren van het medisch specialistische kwaliteitsbeleid als antwoord op de oprichting van een Nationaal Kwaliteitsinstituut'*. Voorgesteld werd hier toe een samenwerkingsverband in te richten van de wetenschappelijke verenigingen en de Orde van Medisch Specialist (OMS) en een proactieve communicatiestrategie te ontwikkelen en de vele kwaliteitsinitiatieven van de WV's

beter voor het voetlicht te brengen.

- **Aanspreekpunt.** De kwaliteitskoepel wil het aanspraakpunt worden voor kwaliteit van de medisch specialistische zorg en gesprekspartner voor de stakeholders. De medische specialist is professioneel verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg en wil ook zelf blijven bepalen wat die kwaliteit dan inhoudt inclusief de juiste kwaliteitsindicatoren. Dit laatste ook om niet langer nog spelel te zijn van allerlei stakeholders die zelf allerlei "indicatoren" in het leven roepen waarbij de vraag gesteld kan worden of daarmee wel echt kwaliteit wordt gemeten.
- **Voor en door de wetenschappelijke verenigingen.** Nadrukkelijk is het uitgangspunt dat de Kwaliteitskoepel in oprichting voor en door de WV is. Enerzijds wil het behulpzaam zijn met het ontwikkelen en aanleveren van instrumentarium om bijvoorbeeld de opzet van richtlijnen te standaardiseren anderzijds wordt er van de WV verwacht dat zij zich actief bezighouden met kwaliteitsbeleid en inhoud leveren aan de Kwaliteitskoepel.

De "Task Force" presenteerde haar adviezen in de Raad Kwaliteit en toetste haar ideeën tijdens een speciaal hiertoe georganiseerde workshop voor wetenschappelijke verenigingen gedurende het 1^e Nationaal Kwaliteitscongres op 3 november 2010. Het advies van de "Task Force" werd breed omarmd in de Raad Kwaliteit waarna de "Task Force" de vervolgoopdracht kreeg om dit voorstel nader uit te werken en een communicatiestrategie te ontwikkelen.

Als eerste stap in de uitwerking van de gedachten rond een samenwerkingsverband stelde de "Task Force" een missie en een visie voor het samenwerkingsverband op. Tevens werd een naam voor het samenwerkingsverband voorgesteld (Kwali-

teitskoepel Medisch Specialisten). Beiden werd vastgesteld in de Raad Kwaliteit van 16 december 2010. Als onderdeel van de communicatiestrategie werd gestart met de ontwikkeling van een website. De website (www.kwaliteitskoepel.nl) werd met succes op 8 juni gelanceerd en bevat alle richtlijnen van de WV-en en dus ook van de NVALT. De bedoeling is dat in de nabije toekomst de website uitgebreid wordt met allerlei ander kwaliteitsissues, publicaties van kwaliteitsindicatoren en best practices om zo ook transparantie aan de patiënten te kunnen geven. In het verlengde van de vergadering van 16 december stelde de "Task Force" een jaarplan voor 2011 op en kreeg de opdracht om deze uit te werken. Het jaarplan kent een fasering en diverse go/no-go momenten.

De "Task Force" is in de periode tussen januari en juli 2011 aan de slag gegaan met het genoemde jaarplan. De interne communicatie naar wetenschappelijke verenigingen vindt plaats via nieuwsbrieven voor wetenschappelijke verenigingen en hun commissies en zijn ook te vinden op onze website. Tevens bezochten de leden van de "Task Force" de besturen van wetenschappelijke om het initiatief toe te lichten en de ideeën te peilen. Ondergetekende heeft daartoe op onze laatste ledenvergadering in Maastricht een korte presentatie gehouden. Hiernaast heeft de "Task Force" zich gebogen over de vraag wat in beleidsmatige en uitvoerende zin nodig is om de missie en de visie van het samenwerkingsverband (Kwaliteitskoepel) waar te maken. Binnenkort is er een heidag (23 augustus) waarop de "Task Force" de stand van zaken van haar activiteiten zal toelichten. De concept adviezen die zijn geformuleerd zullen dan worden voorgelegd en bediscussieerd met de aanwezigen tijdens deze heidag. Ondergetekende, maar ook een van de leden van ons bestuur zal act de presence geven. Ik hou u verder op de hoogte!

G.J. Jukema

Wereldtop sarcoïdose en andere interstitiële longaandoeningen bijeen in Maastricht

WASOGBAL 2011 meeting 15-18 juni in Maastricht

47

Iedere drie jaar houden de "World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders" en de "International Conference on BAL" een gemeenschappelijk congres. Dit keer was de eer aan Marjolein Drent om samen met Ulrich Costabel en Kitty Linsen dit congres in Maastricht te organiseren. Van 15-18 juni bezochten 275 deelnemers uit meer dan 30 landen Maastricht om in een informele sfeer kennis en samenwerking te vergroten. Het thema deze keer was multidisciplinair teamwork.

Voorafgaand aan het congres was er een patiëntensymposium "omgaan met chronische ziekte", georganiseerd door de Longfibrosebelangenvereniging Nederland, de Sarcoïdosebelangenvereniging Nederland (SBN), de Belgische Vereniging voor Longfibrose en de ild care foundation. Meer dan

honderd mensen luisterden onder andere naar het indrukwekkende verhaal "blind vertrouwen" van Esther Crombag, waarin zij haar levensverhaal beschrijft vanaf het moment dat ze blind werd. Zij benadrukte dat ze niet kijkt naar de dingen die ze niet kan, maar naar wat ze wel kan. Ook gaf ze het grote belang van het stellen van tussendoelen aan. In de middag was er de mogelijkheid voor patiënten om vragen te stellen aan twee panels van internationale deskundigen op het gebied van sarcoïdose en longfibrose.

Parallel aan het patiëntensymposium was de NVALT bijeenkomst "multidisciplinary management of chronic pulmonary disease", waarbij de behandeling van sarcoïdose, IPF, astma, COPD en pulmonale hypertensie bij interstitiële longziekten aan bod kwam. El-

ders in dit blad vindt u uitvoeriger verslag hiervan.



Woensdagavond was de openingsceremonie in de hal van mooie stadhuys van Maastricht met toespraken van achtereenvolgens: prof. Marjolein Drent, de burgemeester van Maastricht Onno Hoes, Prof. Gerard Mols, rector magnificus van de Universiteit Maastricht, Prof. Ulrich Costabel toen nog president van de WASOG en André Rieu (te zien op een groot scherm).

Donderdag 16 juni begon het volle programma met een ochtend sarcoïdose. Vanuit verschillende kanten werd aandacht besteed aan het concept dat het ontstaan van sarcoïdose een samenspel is tussen genetische aanleg en blootstelling aan onbekende antigenen. Prof. Joachim Muller-Quernheim liet nieuwe data zien over HLA overeenkomsten en verschillen bij patiënten van diverse etnische komaf en bij patiënten met bepaalde fenotypen van sarcoïdose. Prof. Lee Newman vroeg zich af of sarcoïdose eigenlijk een beroepsziekte is. Dr. Wonder Drake liet zien dat er sterke aanwijzingen zijn voor een rol voor mycobacteria bij het ontstaan van sarcoïdose. Zij liet een interessante pilot studie zien waarbij antimicrobiële middelen werden ingezet bij de behandeling van sarcoïdose. Prof. Robert Baughman gaf een overzicht van nieuwe therapieën bij sarcoïdose. Naast de bekende anti-TNF-alfa



Esther Crombag vertelt haar levensverhaal



Prof. Ulrich Costabel toen nog president van de WASOG

middelen besprak hij een alternatieve benadering om TNF te blokkeren met phosphodiesterase remmers. Ook besteedde hij aandacht aan de rol van regulatoire T-cellen bij sarcoidose en de mogelijkheid om deze te beïnvloeden met bijvoorbeeld inhaled vasoactieve intestinale peptide.

Tevens was er die ochtend aandacht voor e-health. Zeker ingeval van complexe patiënten met interstitiële longziekten is het laagdrempelig gebruik kunnen maken van (inter)nationale netwerken van groot belang. Met de huidige ontwikkelingen is hier nog een enorme slag te slaan. De sessie werd ingeleid door Mr. Roger van Boxtel, hij gaf het grote belang aan van het integreren van e-health toepassingen in het zorgstelsel. Dit werd aan de hand van praktijk voorbeelden nog eens onderschreven door Dr. Roderik Kraaijenhagen, directeur van het NIPED in Amsterdam. De mogelijkheden voor de klinische praktijk werden geïllustreerd door prof. Lizy Fireman. Zij presenteerde een interessante casus vanuit Tel Aviv via een live verbinding en de aanwezigen konden onder leiding van prof. Lee Newman discussiëren over de oorzaken, aanvullende diagnostiek en consequenties.

In de middag waren er parallel- en poster sessies. Er was een interessante sessie over B-cellen, ingeleid door Prof. Jan-Willem Cohen Tervaart met een verhaal over de rol van de B-cel in de immuun respons.

Uitgebreid aandacht werd besteed aan het gebruik van Rituximab (een chimeer monoklonaal antilichaam tegen CD20, een oppervlakte eiwit dat voornamelijk op B-cellen wordt gevonden). Dr. Elyse Lower hield een zeer praktisch verhaal over haar uitgebreide ervaringen met Rituximab waarin de toediening, risico's en follow-up aanbod kwamen. Daarna waren er nog voordrachten over de rol van Rituximab bij ANCA-geassocieerde vasculitis, RA en sarcoidose. Dr. Nadeira Weiss benadrukte dat bij patiënten met sarcoidose er nog weinig bekend is over lange termijn veiligheid en het effect op vaccine reponses.

In een parallelle sessie sprak Prof. Philippe Camus, de oprichter van het bekende pneumotox.com, over medicamenteuze oorzaken van longziekten.

De laatste sessie van de dag was voor de idiopathische pulmonale fibrose (IPF), de meest voorkomende en meest dodelijke interstitiële longziekte, waarvoor echt effectieve therapie nog steeds ontbreekt. Prof. Ron Du Bois sprak over de kennis verkregen uit de vele klinische trials bij IPF, waarbij de FVC en de 6 minuten looptest betrouwbare maten blijken om achteruit van de ziekte te monitoren en ook informatie geven over de prognose. Prof. Jan Grutters liet zien dat er de laatste jaren veel vooruitgang is geboekt bij onderzoek naar de pathogenese van IPF. De gedachte is dat beschadiging van het alveolaire epitheel leidt tot een verstoring van

het evenwicht tussen pro- en antifibrotische "pathways". Al deze "pathways" vormen op hun beurt weer aangrijpingspunten voor mogelijke therapieën, waarvan Prof. Paolo Spagnolo en Prof. Ulrich Costabel de meest recente studies lieten zien. Helaas zijn de meeste resultaten teleurstellend, maar er is ook hoop met twee recente studies met enig effect. Pirfenidone (remt pro-fibrotische groeifactoren zoals TGF- β en heeft ook invloed op de TNF- α synthese) verminderde de achteruitgang in FVC en 6 minuten looptest vergeleken met placebo. Pirfenidone is goedgekeurd door de "European Medicines Agency" en is inmiddels onder bepaalde voorwaarden verkrijgbaar, ook in Nederland. Een tweede hoopgevend resultaat kwam van een recente fase twee studie met BIBF 1120 (een triple kinase inhibitor gericht op PDGF, VEGF en FGF) waarbij het meest opvallende resultaat was dat in de hoogste doserings groep er 68% minder afname was in FVC in een jaar t.o.v. placebo. Wel ging het gebruik van BIBF 1120 gepaard met een aanzienlijke hoeveelheid m.n. gastrointestinale bijwerkingen. Een fase drie studie volgt. De dag werd afgesloten met een presentatie van Prof. Jim Egan over niet medicamenteuze therapie bij IPF. Hij benadrukte het belang van het herkennen en behandelen van psychosociale problemen en revalidatie om zo de kwaliteit van leven te verbeteren bij patiënten met IPF.

Vrijdagochtend begon met een sessie over granulomateuze oogziekten en parallel hieraan een sessie over de impact van sarcoidose op het algehele functioneren van patiënten. Dr. Rudolf Ponds en Dr. Elyse Lower spraken over cognitieve problemen en moeheid die veel patiënten met sarcoidose ervaren. Moeheid is een lastig te behandelen probleem en is vaak multifactorieel bij sarcoidose. Uitgebreide analyse naar comorbiditeit en slaap is geïndiceerd. Recente studies hebben laten zien dat er mogelijk een rol is voor neurostimulantia, zoals methylphenidate en r-modafinil bij de behandeling van moeheidklachten bij sarcoidose.

Prof. Ron du Bois had de eer de eerste Dr. Gerry James (oprichter van de WASOG) lecture te mogen geven getiteld: "Is er een rol voor personalized medicine in de begeleiding van sarcoidosepatiënten?"

Leuk was ook de sessie over omgevings- en werkgerelateerde interstitiële longziekten. De professoren Bast, Nemery en Costabel behandelden expositie van kolen tot nanopartikels en van vogels tot schimmels.

In het verlengde hiervan lag de afsluiting van de dag met een paneldiscussie over gezondheid en omgeving o.l.v. Prof. Onno van Schayck.



's Avonds was er een feest in een van de mooiste boekenwinkels ter wereld, waarbij er prijzen werden uitgereikt voor de 4 beste abstracts. Buffet, drankjes en dans zorgden voor (inter)nationale verbroedering.

Zaterdag was er aandacht voor het belang van gevalideerde meetinstrumenten bij het uitvoeren van studies bij sarcoïdose. Aangezien sarcoïdose zo'n grillige ziekte is en zich op vele manieren kan presenteren is het van groot belang dit bij de keuze van eindpunten van studies mee te laten wegen. Het belang van functionele testen, laboratoriumparameters van activiteit, beeldvorming met gevalideerde scoringsystemen, en vragenlijsten naar moeheid, kwaliteit van leven en pijn werden door een internationaal panel van deskundigen besproken. De bedoeling is dat hier een internationale guideline voor wordt opgesteld.

Parallel hieraan was er een sessie over longtransplantatie. Aangezien het beloop van interstitiële longaandoeningen zeer ernstig kan zijn, is een longtransplantatie in sommige gevallen de enige therapeutische optie. De ontwikkelingen, mogelijkheden en onmogelijkheden kwamen ruimschoots aanbod. Ook werd nog eens benadrukt dat we de politiek hard nodig hebben bij het verkrijgen van voldoende donoren. Tijdens de openingsceremonie was dit ook al benadrukt door Jenny Penders die haar eigen indrukwekkende verhaal vertelde (zie <http://www.mumc.tv/behandelingen/longziekten/1033274357001/wordt-donor/>).

Pulmonale hypertensie is een complicatie die regelmatig optreedt bij patiënten met sarcoïdose en longfibrose en is geassocieerd met een verhoogde mortaliteit. Prof. Marc Humbert ging in op de onderliggende mechanismen van PH bij de verschillende ziekten en het belang van goede screening. Prof. Anton Vonk Noordegraaf sloot hierbij aan en besprak de behandelingsmogelijkheden en onmogelijkheden van PH bij ILD aan de hand van recente trials. In dezelfde sessie werd door prof. Ulrich Speck van de Mayo Clinics een prachtig overzicht gegeven van pulmonale vasculitis en gerelateerde aandoeningen, waaronder de ziekte van Wegener.

Gedurende het middag programma werd het congres samengevat door Prof. Herb Reynolds, de "godfather" van de BAL. Hij gaf aan vooral blij te zijn dat er zoveel jonge deelnemers waren die grote belangstelling

toonden voor alle interessante onderwerpen, maar vooral ook de BAL. Prof. Marc Judson gaf een prachtige samenvatting van alle wetenswaardigheden over sarcoïdose en besteedde ook nog aandacht aan de hoge kwaliteit van de opgestuurde abstracts. Tenslotte werd Prof. Robert Baughman officieel benoemd als president van de WASOG voor de komende 3 jaar. In 2014, tijdens het volgende WASOG congres in Turkije, zal hij worden opgevolgd door prof. Marjolijn Drent.

Kortom de WASOG en BAL meeting 2011 in Maastricht was een geslaagd en stimulerend congres van wereldniveau, met een sfeer van enthousiasme en saamhorigheid.

Marlies Wijsenbeek

Naast de hierboven besproken onderwerpen was er nog aandacht voor andere onderwerpen. Alle abstracts van de voordrachten en meer foto's zijn te vinden op de website www.wasog-bal2011.nl. Er is ook een officieel abstractboek uitgegeven.

Zie ook www.wasog.org, hier kunt u zich aanmelden als lid van de WASOG en aangeven of u de nieuwsbrief wilt ontvangen.

Fotograaf: Jean-Pierre Geusens
www.focuss22.nl

Palliatieve Zorg binnen de Longgeneeskunde

Geachte collegae,

In de laatste decennia is de aandacht voor Palliatieve Zorg sterk toegenomen. Aanvankelijk stond hierbij de palliatief oncologische zorg in de schijnwerpers, maar de laatste jaren wordt ook steeds meer belang gehecht aan palliatieve zorg voor chronische ziekten, zoals COPD en longfibrose.

Met de oprichting van de Werkgroep Palliatieve Zorg (WPZ) eind 2010 maakt ook de NVALT zich sterk om de positie van de palliatieve zorg binnen de longgeneeskunde te versterken. Wij zullen ons in eerste instantie richten op de palliatieve zorg bij patiënten met COPD. Hierover hebben we goed contact met de Werkgroep COPD. De werkgroep stelt zich ten doel om de kennis over palliatieve zorg onder longartsen te bevorderen, de zorg rondom de patiënt in de palliatieve fase te stroomlijnen door het opstellen van richtlijnen

en protocollen en onze kennis over de symptoomlast van patiënten te vergroten door het initiëren van wetenschappelijk onderzoek. Inmiddels is de Richtlijn 'Palliatieve Zorg bij Patiënten met COPD' geaccordeerd en wordt binnenkort geïmplementeerd, na een kritische revisie door onze werkgroep.

Op 11 mei 2012 zal het eerste Longartsensymposium over dit onderwerp plaatsvinden. Op deze dag wordt uitgebreid aandacht besteed aan de prognose en het beloop van COPD, advance care planning, de pathofysiologie van dyspneu en de effecten van behandeling met morfine en zuurstof. Tijdens het tweede deel van de dag wordt dieper ingegaan op andere aspecten van het menselijk zijn, zoals onzekerheid bij patiënt en dokter, comorbiditeit (vooral angst en depressie) en rouw. Daarnaast is er aandacht voor de vaardigheden die een longarts zou moeten hebben om deze categorie patiënten te behandelen. Wij hebben

ationale en internationale sprekers gevraagd om op de problematiek in te gaan.

Omdat palliatieve zorg een onderwerp is dat een belangrijke rol speelt binnen ons vak, hopen we dat er een grote opkomst is op het symposium. U zult binnenkort van ons een uitnodiging ontvangen om u aan te melden.

Mochten er nog vragen zijn over de Werkgroep Palliatieve Zorg, dan kan u contact opnemen met onze secretaris, Kris Mooren (krismooren@hotmail.com). Mochten er vragen zijn over het symposium, dan kan u contact opnemen met Sander de Hosson op sanderdehosson@gmail.com

Met vriendelijke groet,

Namens de Werkgroep Palliatieve Zorg,

Bert Baas, Sander de Hosson

Programma Symposium 'Palliatieve Zorg bij COPD' 11 mei 2012, Koepelkerk, Amsterdam

11.00 uur	Opening en toets	drs. A.A.F. Baas
11.10 uur	Palliatieve fase van COPD	
	Beloop, prognostische factoren	prof. dr. H.A.M. Kerstjens
11.40 uur	Advance care-planning	drs. D.J.A. Janssen
12.10 uur	Pathofysiologie van dyspneu	dr. J.G. van den Aardweg
12.40 uur	Morfine in de palliatieve fase	prof. dr. A. Dahan
13.10 uur	Interactieve discussie morfine	Weenink/De Hosson/ Bij de Vaate/Dahan
13.30 uur	Lunch	
14.30 uur	Zuurstof in de palliatieve fase	prof. dr. T.S. van der Werf
15.00 uur	Angst en depressie	dr. M. Bannink
15.30 uur	Verkenning dyspneu	Toneelschool Maastricht
16.15 uur	Koffie en thee	
16.45 uur	Interactieve casuïstiek/ Toets	Mooren/ De Hosson/ Baas
17.10 uur	Rol van de longarts binnen palliatieve zorg	prof. dr. J.E. Ellershaw
17.50 uur	Omgaan met onzekerheid als dokter	prof. dr. M. Keirse
18.30 uur	Buffet	
19.30 uur	Omgaan met rouw en verlies	prof. dr. M. Keirse
20.00 uur	Overheid en palliatieve zorg (onder voorbehoud)	
20.30 uur	Sluiting	drs. A.A.F. Baas

Specifiek programma

11.00 uur

Opening en toets, *drs. A.A.F. Baas*

11.10 uur

Palliatieve fase van COPD (Beloop, prognostische factoren), prof. dr. H.A.M. Kerstjens
In deze voordracht zal ingegaan worden op het beloop van COPD, waarbij specifiek wordt stilgestaan bij het moment waarop de 'end of life'-fase aanbreekt. Hoe kan een longarts inschatten wanneer deze fase begint en welke prognostische factoren worden daarbij in ogenschouw genomen?

11.40 uur

Behoeftte aan palliatieve zorg en advance care-planning, drs. D.J.A. Janssen

De laatste jaren is duidelijk geworden dat de behoefte aan palliatieve zorg van patiënten met gevorderd COPD vergelijkbaar is met de behoefte aan palliatieve zorg van patiënten met kanker. De symptoomlast van patiënten met gevorderd COPD is vaak hoog en de kwaliteit van leven ernstig beperkt. Recente studies hebben laten zien dat advance care-planning de kwaliteit van zorg in de laatste levensfase kan verbeteren. In deze presentatie wordt de noodzaak van advance care-planning voor patiënten met COPD nader in kaart gebracht, waarbij de specifieke behoeften van de patiënt en zijn mantelzorger leidend zijn.

12.10 uur

Pathofysiologie van dyspneu, dr. J.G. van den Aardweg.

Dyspneu is een sterk subjectieve waarneming. Het mechanisme waarop dyspneu ontstaat is niet goed opgehelderd en vermoedelijk spelen meerdere neurohumorale, psychische en fysiologische systemen een belangrijke rol. Tijdens deze voordracht wordt ingegaan op alle bij dyspneu betrokken factoren en wordt de dyspneu bij COPD vergeleken met de dyspneu bij andere belangrijke pulmonale ziektebeelden.

12.40 uur

Morfine in de palliatieve fase, prof. dr. A. Dahan

Morfine wordt beschouwd als het meest effectieve middel om dyspneu te bestrijden en wordt gestart als andere behandelingen van

COPD (inhalatiemedicatie, longrevalidatie, zuurstof) optimaal ingezet zijn. In deze presentatie wordt ingegaan op de specifieke farmacologische eigenschappen, verschillende opioïden en hun centraal en perifeer werkingsmechanisme. Aansluitend op deze presentatie volgt een forumdiscussie waarin aan de hand van stellingen de belangrijkste aspecten van morfinebehandeling bij COPD aan de orde komen.

13.10 uur

Interactieve discussie morfine, Weenink /De Hosson/ Bij de Vaate/Dahan

13.30 uur

Lunch

14.30 uur

Zuurstofbehandeling in de palliatieve fase, prof. dr. T.S. van der Werf

De behandeling met zuurstof bij COPD is controversieel. In deze presentatie wordt ingegaan op de effecten van hypoxemie op de longfysiologie en de ratio om zuurstof wel of niet te starten in de palliatieve fase van COPD.

15.00 uur

Angst en depressie, dr. M. Bannink

De rol van angst en depressie bij patiënten met COPD is nauwelijks te onderschatten. Onderzoek laat zien dat beide symptomen zeer veel voorkomen bij COPD, vooral in de palliatieve fase. In deze voordracht wordt ingegaan op de (on)mogelijkheid om diagnostiek te verrichten, behandelstrategieën en de mogelijke bijwerkingen op het respiratoire systeem.

15.30 uur

Verkenning dyspneu, Toneelschool Maastricht

16.15 uur

Koffie en thee

16.45 uur

Interactieve casuïstiek/ Toets, Mooren / De Hosson/ Baas

17.10 uur

Rol longarts binnen de palliatieve zorg bij

COPD, prof. dr. J.E. Ellershaw

Het is voor de longarts niet altijd even gemakkelijk om te gaan met COPD-patiënten, gezien de onzekere prognose en het beloop. In deze presentatie wordt deze rol uitgelicht en wordt een vergelijking gemaakt met de palliatieve zorg bij patiënten binnen de longoncologie. Wat mag precies verwacht worden van een longarts binnen de palliatieve zorg?

17.50 uur

Omgaan met onzekerheid, prof. dr. M. Keirse

COPD kent een onzeker beloop. Dit kan leiden tot twijfel en onzekerheid bij dokter en patiënt. In deze presentatie wordt een handvat gegeven om om te gaan met deze onzekerheid, het maken van niet-reanimerafspraken en het al dan niet ontnemen van hoop bij de patiënt en zijn familie.

18.30 uur

Koffie en thee

19.30 uur

Omgaan met rouw en verlies, prof. dr. M. Keirse

De behandeling van een patiënt met COPD heeft vaak al jaren geduurd. Daardoor is veelal een goede vertrouwensrelatie ontstaan tussen de patiënt en zijn longarts. Het levenseinde van een patiënt kan dan niet alleen bij de familie, maar ook bij de arts leiden tot een gevoel van verlies en rouw. In deze voordracht wordt ingegaan op het belang van het bieden van een goede rouwverwerking, waarbij eigen gevoelens in ogenschouw worden genomen.

20.00 uur

Overheid en palliatieve zorg (onder voorbehoud)

De overheid heeft steeds meer aandacht voor palliatieve zorg en probeert hierin actieve ondersteuning te bieden. Belangrijke onderwerpen hierbij zijn de ontwikkeling van DBC's en het ondersteunen van wetenschappelijk onderzoek. In deze presentatie zal uiteengezet worden wat we op dit vlak in de nabije toekomst van de overheid mogen verwachten.

20.30 uur

Sluiting

Zoekprogramma MyEBMsearch via website NVALT

Op de homepage van de NVALT-website staan rechts in beeld drie logo's die een directe link bevatten naar onze congressensite (Bronkhorst, Longartsenweek, Ergometrie cursus), PulmoScript digitaal en EBMSearch. Deze laatste is bij velen van u nog niet bekend.

Hieronder vindt u een uiteenzetting van dit zoekprogramma waarvoor het zeker de moeite waard is u te registreren om hiervoor toegang te verkrijgen:

Het evidence-based medicine-zoekprogramma MyEBMsearch is voor longartsen toegankelijk via de verenigingswebsite van de NVALT. Dit programma maakt het mogelijk om op snelle en eenvoudige wijze te zoeken in 18 miljoen samenvattingen en referenties van internationale medisch-wetenschappelijke bronnen.

Wat is MyEBMsearch precies?

MyEBMsearch is een zoekprogramma dat toegang geeft tot abstracts en referenties uit:

- 19.000 journals
- 18 miljoen samenvattingen en referenties
- jaarlijks 500.000 nieuwe publicaties
- ruim 50.000 (samenvattingen van) systematische reviews
- 1.600.000 case reports

MyEBMsearch maakt gebruik van geavanceerde, nieuw ontwikkelde technologie die in staat is om de inhoud van (Engelstalige) medische teksten te begrijpen. Hierdoor kunnen in het enorme informatieaanbod precies die artikelen worden gevonden die u nodig hebt, waardoor u veel tijd bespaart. In de VS spreekt men over 'searching with medical precision' met MyEBMsearch.

Handige indeling in categorieën en (sub) specialisaties

De zoekresultaten van MyEBMsearch worden automatisch geanalyseerd en ingedeeld in categorieën. MyEBMsearch herkent bij-

voorbeeld direct systematische reviews, die slechts 4% van het totaal aantal reviews uitmaken, waardoor u geen ellenlange lijsten hoeft door te nemen. Ook vindt u met één druk op de knop relevante case reports.

MyEBMsearch kan gepersonaliseerd worden per specialisme zoals pulmonologie, oncologie, hematologie, intensive care etc. Zoekresultaten kunnen per specialisme gerangschikt worden op basis van de kwaliteit van de tijdschriften.

Automatische updates per e-mail

MyEBMsearch biedt de mogelijkheid om de informatievoorziening af te stemmen op uw persoonlijke wensen. U kunt door middel van e-mail alerts automatisch op de hoogte worden gehouden van nieuwe publicaties voor uw zoekopdrachten en interessegebieden. Daarnaast kan MyEBMsearch u met e-

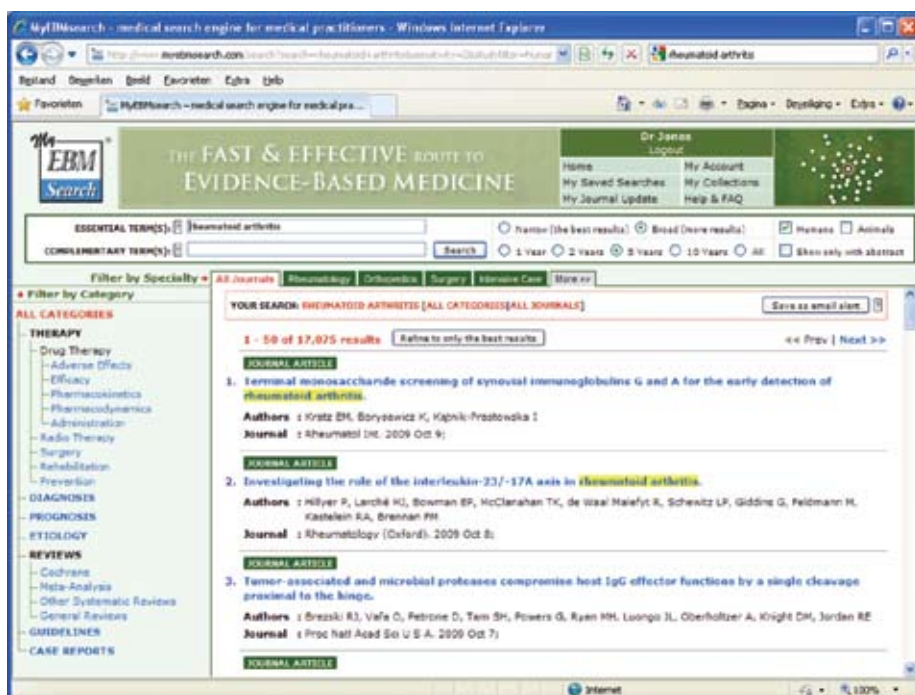
mail alerts op de hoogte houden van nieuwe publicaties in uw favoriete tijdschriften zodat u nooit meer iets hoeft te missen.

MyEBMsearch via de NVALT

Via het besloten deel van de NVALT-website is dit programma, dat normaal € 50,- per persoon per jaar kost, kosteloos beschikbaar.

Meer informatie

MyEBMsearch is een product van E-WISE, voor toegang tot MyEBMsearch dient u zich eenmalig aan te melden. Voor meer informatie en kennismaking met dit nieuwe programma gaat u naar het besloten deel van NVALT-website (www.nvalt.nl) en kiest u onder het kopje 'service' voor MyEBMsearch. Na activatie is MyEBMsearch ook toegankelijk via www.myebmsearch.com.



www.iPulmonologist.nl

Van en Voor de Longarts (i.o.)

53

Geachte collega,

Internet wordt meer en meer gebruikt voor scholing en nascholing en ook op het gebied van de longziekten wordt inmiddels gebruik gemaakt van deze waardevolle invulling. Om van dit handige medium optimaal gebruik te maken, heeft een aantal longartsen besloten de krachten te bundelen en is de website www.iPulmonologist.nl actief. De website is een nieuw en onafhankelijk platform met als doelstelling om actief bij te dragen aan de kennisuitwisseling tussen longartsen en longartsen i.o.

iPulmonologist

Inmiddels is een adviesraad opgericht (bestaande uit 14 collegae) die de inhoud van deze website verder vormgeeft. Deze adviesraad is onafhankelijk, waarmee we de inhoud van de nascholing zelf kunnen bepalen. De leden van de adviesraad staan op www.iPulmonologist.nl onder de tab 'De Adviesraad'.

Ons devies is: "Van de longarts, Voor de longarts". Wij bepalen samen de content voor deze website en wat wij graag aan collegae willen laten weten. Of het nu om actuele pu-

blicaties, klinisch praktische ontwikkelingen, richtlijnen of andere wetenswaardigheden gaat, wij kunnen deze informatie delen via iPulmonologist. Dat kan in de vorm van korte videopresentaties of uitgebreider in de vorm van een intercollegiale presentatie aan tafel. De redactie van iPulmonologist.nl verzorgt de video-opnamen en plaatst de videopresentatie, voorzien van links naar de publicaties en eventueel een PowerPoint presentatie. Uiteraard is het tevens mogelijk om zelf videopresentaties te maken en te mailen. De redactie van iPulmonologist.nl zorgt dan voor de eindmontage en plaatsing op de website.

Ook bloggers, Twitteraars en schrijvende collegae zijn welkom! Binnen iPulmonologist is uiteraard ruimte voor redactionele bijdragen die door jullie worden ingezonden. Kortom, wij maken iPulmonologist samen tot een succes!

Will u meer over iPulmonologist weten? Kijk naar de videopresentatie van Prof. dr. P.N.R. (Richard) Dekhuijzen op de homepage of stuur een email aan info@ipulmonologist.nl.

Oh ja, onder de eerste 100 geregistreerde collega's worden twee iPad2 verloot!

Graag tot ziens op iPulmonologist!

Namens de adviesraad van iPulmonologist, Sander de Hosson, Deventer Ziekenhuis Hans Smit, Rijnstate Ziekenhuis Richard Dekhuijzen, UMCN

De Adviesraad wordt op dit moment gevormd door:

Prof. dr. P.N. (Richard) Dekhuijzen, UMCN, Nijmegen

Prof. dr. G.J. (Geertjan) Wesseling, MUMC, Maastricht

Mw. dr. A. (Anneke) ten Brinke, MCL, Leeuwarden

Dr. G.J. (Gertjan) Braunstahl,

St. Franciscus Gasthuis, Rotterdam

Ass. Professor dr. N.H. (Niels) Chavannes, LUMC, Leiden

Drs. S.M. (Sander) de Hosson, Deventer Ziekenhuis, Deventer

Dr. J.M. (Hans) Smit, Rijnstate, Arnhem

Dr. I. (Idris) Bahce, VUmc, Amsterdam

Drs. Y.P. (Peter) de Jong, Rijnstate, Arnhem

Dr. A. (Toby) Dijkstra, Rijnstate, Arnhem

Dr. M. (Menno) van der Eerden,

Erasmus MC, Rotterdam

Mw. Dr. A. (Annemarie) Dingemans,

MUMC, Maastricht

Dr. P. (Paul) Bresser, OLVG/AMC,

Amsterdam

Dr. E. (Folkert) Brijker, Diaconessenhuis,

Utrecht

Kandidaat-leden



Nicole Barlo
(aios, Sint Antonius
Ziekenhuis, Nieuwegein)



Sandra Been-Buck
(aios, Martini Ziekenhuis,
Groningen)



Tamara Blonk
(aios, Amphia Ziekenhuis,
Breda)



Evelien Braam
(aios, Universitair
Medisch Centrum
St. Radboud, Nijmegen)



Preshesh Chandoesing
(aios, LUMC, Leiden)



Maria Disselhorst
(aios, VU Medisch
Centrum, Amsterdam)



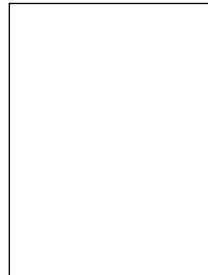
Jesse Drijkoningen
(aios, Maastricht
Universitair Medisch
Centrum, Maastricht)



Marieke Drijver-Messelink
(aios, Martini Ziekenhuis,
Groningen)



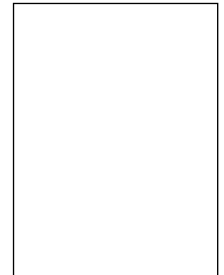
Wouter van Geffen
(aios, UMCG, Groningen)



Erica Geraedts
(aios, LUMC, Leiden)



Caroline Godfroy
(aios, UMCG,
Groningen)



Nathalie Hageman
(aios, Spaarne Ziekenhuis,
Hoofddorp)



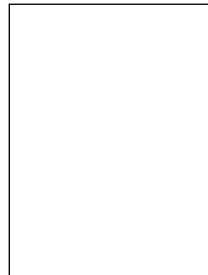
Barbara Hanraets
(aios, Amphia
Ziekenhuis, Breda)



Yvette Hartsteen
(aios, Catharina
Ziekenhuis, Eindhoven)



Peter Heukels
(aios, Erasmus MC,
Rotterdam)



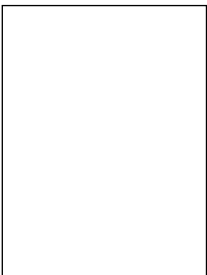
Stefanie van Houwelingen
(aios, Spaarne
Ziekenhuis, Hoofddorp)



Lianne Kastelij
(aios, Sint Antonius
Ziekenhuis, Nieuwegein)



Kor Johan Koning
(aios, UMCG,
Groningen)



Bart Koopman
(aios, Onze Lieve Vrouwe
Gasthuis, Amsterdam)



Martijn de Kruif
(aios, Academisch Medisch
Centrum, Amsterdam)



Kim Kuppens
(aios, Canisius-Wilhelmina
Ziekenhuis, Nijmegen)



Keetie van Loenhout
(aios, Amphia
Ziekenhuis, Breda)



Jorien Luiting
(aios, UMCG,
Groningen)

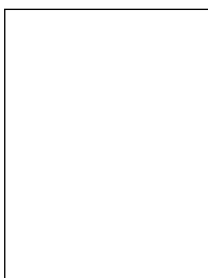


Lucie Masen-Poos
(aios, Jeroen
Bosch Ziekenhuis,
s-Hertogenbosch)

Kandidaat-leden



Arenda Meedendorp
(aios, UMCG,
Groningen)



Fredrike Oomen
(aios, Medisch Centrum
Alkmaar, Alkmaar)



Mart van der Plas
(Hoofd research longgenees-
kunde, Onze Lieve Vrouwe
Gasthuis, Amsterdam)



Christi Steendam
(aios, Sint Antonius
Ziekenhuis, Nieuwegein)



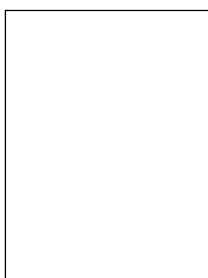
Louise Urlings-Strop
(aios, Sint Franciscus
Gasthuis, Rotterdam)



Joris Veltman
(aios, Erasmus MC,
Rotterdam)



Bettine Vosse
(aios, Maastricht
Universitair Medisch
Centrum, Maastricht)



Stefan Walen
(aios, Isala klinieken,
locatie Weezenlanden,
Zwolle)



Reinier Wener
(aios, Academisch Medisch
Centrum, Amsterdam)

Nieuw benoemde longartsen

Therèse Lapperre, Leids, *Universitair Medisch Centrum, Leiden*

José de Kluijver, *Reinier de Graaf Ziekenhuis, Delft*

Nieuwe rustende leden

Henk van Deutekom, *GGD Amsterdam*

Herman van Dijk, *Elkerliek Ziekenhuis, Helmond*

Jean Louis van Opstal, *Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch*

Dineke Verheijen – Breemhaar, *Ziekenhuis Lievensberg, Bergen op Zoom*

Wijzigingen in uw persoonlijke gegevens kunt u doorgeven via het formulier op de website, of mailen naar: secretariaat@nvalt.nl.
Denkt u hierbij in het bijzonder aan het wijzigen of opzeggen van uw lidmaatschap
(b.v. van assistent naar longarts, van longarts naar rustend lid)?

Punten Datum Nascholing

September 2011

2	5	Nieuwe ontwikkelingen op COPD gebied
2	6	Astma en COPD: update 2011 - Breda (NL)
5	7	Infectieuze bedreigingen Mythen Missers & Maatwerk + Meesterwerk - Ede (NL)
2	7	Inspanningsastma - Haren (NL)
5	8	Palliatieve zorg bij hartfalen en COPD - Nijmegen (NL)
5	9	Symposium Maligne Mesothelioom Anno 2011 - Amsterdam (NL)
3	15	NVIC Traumatologie en Acute Geneeskunde 2011 - Ede (NL)
5	16	Samen werken aan de zorg voor kanker - Groningen (NL)
5	19	IKNL Rotterdam regiobijeenkomst Long en mediastinale tumoren september 2011 - Rotterdam (NL)
i.a.	20	6e Rijsserbergsymposium Longoncologie - Rijssen (NL)
2	20	Management van bijwerkingen van EGFR-tyrosinekinaseremmers bij longkanker - Haarlem (NL)
12	21	MasterClass Kinderallergologie - Utrecht (NL)
5	23	7e Nationaal Trombo-embolie Symposium
20	24	ERS - Amsterdam (NL)
2	26	10 jaar COPD actualiteiten - Amsterdam (NL)
i.a.	27	Financiering en praktijkanalyse in de tweedelijnszorg - Amsterdam (NL)
1	28	Nieuwe ontwikkelingen op COPD gebied - Stadskanaal (NL)
3	29	De kunst van samen-werken, 2e regionale symposium palliatieve zorg - 's-Hertogenbosch (NL)
2	29	Ziekenhuisfinanciering: van DBC naar DOTs - Zaandam (NL)

Oktober 2011

20	3	New Developments in Lung Cancer - Manhattan (US)
2	5	Management van bijwerkingen van EGFR-tyrosinekinaseremmers bij longkanker - Hoevelaken (NL)
i.a.	6	1st Amsterdam Symposium on Palliative care: The other dimensions of palliative care - Amsterdam (NL)
2	6	Regionale Refereeravond Intensive Care Volwassenen en Centrum voor Thuisbeademing - Rotterdam (NL)
6	7	Ledenvergadering NVALT
i.a.	7	Ontwikkelingen in CF-onderzoek - Utrecht (NL)
1	11	Nieuwe ontwikkelingen op COPD gebied - Zwolle (NL)
i.a.	14	COPD Ketenzorg - Utrecht (NL)
2	18	nascholingsavond Mycosen - Roosteren (NL)
-	28	Tubereuze Sclerose en aanverwante aandoeningen - Utrecht (NL)

Punten Datum Nascholing

November 2011

1	1	Nieuwe ontwikkelingen op COPD gebied - Zwolle (NL)
i.a.	1	The Tale of Two Circulations - Amsterdam (NL)
6	2	3e VATS congres 2011 - Nijmegen (NL)
2	3	Workshops Radiotherapie - Rotterdam (NL)
20	7	ISMC-11 (International Sleep Medicine Course 2011) - Sint-Michielsgestel (NL)
20	7	Schiermonnikoog Masterclassic 2011 - Schiermonnikoog (NL)
1	8	Nieuwe ontwikkelingen op COPD gebied - Zutphen (NL)
5	9	5e Nationale Symposium Kanker bij Ouderen
	11	NRS Young Investigator Symposium
1	15	Nieuwe ontwikkelingen op COPD gebied - Zutphen (NL)
i.a.	16	Pro-Con discussiebijeenkomst - Valkenburg (NL)
6	16	Thoracosopiesymposium - Amsterdam Zuid-Oost (NL)
20	24	Bronkhorst - Veldhoven (NL)
i.a.	29	Allergie; oude ziekte, nieuwe diagnostiek - Utrecht (NL)

December 2011

6	1	NVIC Infectiedagen 2011 - Ede (NL)
6	8	Hands-on Work-shop: Ontwikkelingen in de interventie bronchoscoopie - NKI-AVL Amsterdam (NL)
9	1	TOPICS Non-invasieve beademing - Leeds (GB)
12	14	AstraZeneca Clinic "Interstitial Lung Disease" - London (GB)

Januari 2012

-	18	Jaarsymposium Pulmonogogie
---	----	----------------------------

Februari 2012

20	9	Bronkhorst - Blankenberge (BE)
----	---	--------------------------------

Maart 2012

-	18	Astma in de kliniek:hoger dan de richtlijn. - Davos (CH)
---	----	--

April 2012

-	2	NVALT Longartsendagen
-	12	Longdagen

Mei 2012

-	11	symposium Palliatieve Zorg bij COPD - Amsterdam (NL)
---	----	--

Oktober 2012

6	5	NVALT Ledenvergadering
---	---	------------------------

Punten Datum Nascholing

59

E-Learning / Individuele Nascholing

1	“De fundamente van de inhalatietechniek”
4	“Webcast: Symposium Longziekten - Veranderingen in de Zorg en Research”
i.a.	Behandeling tabaksverslaving in de huisartsenpraktijk
1	Behandeling van huiduitslag bij EGFR remmers
1	Collegetour: behandeling van het niet-kleincellig longcarcinoom
2	De vroegtijdige behandeling van COPD
1	EGFR en de behandeling van longcarcinoom met TKI's
i.a.	Geneesmiddeleninteracties in de longoncologie Aflevering 1: Basics farmacologie en invloed lifestyle en polyfarmacie
i.a.	Geneesmiddeleninteracties in de longoncologie Aflevering 2: Chemotherapie
i.a.	Geneesmiddeleninteracties in de longoncologie Aflevering 3: Chemoradiotherapie
1	Live interactive webcast Post-ATS
2	On-demand webcast ASCO TeleReview® 2010
1	OncoMotief 18 Klein Vlekje
1	OncoMotief 20 Therapie op maat bij NSCLC
1	On-demand webcast ASCO TeleReview®2011
6	Online nascholing Moleculaire Longoncologie
4	Online nascholing Moleculaire Longoncologie
1	Online nascholing richtlijn COPD- deel 1
1	Online nascholing richtlijn COPD- deel 2
1	Optimal first line and maintenance treatment in NSCLC: what it means for your patient?
1	Pathofysiologie, epidemiologie en prognose van Pulmonale Hypertensie (PH)
1	Post-ASTRO Webcast 2010 LIVE
1	Post-ASTRO Webcast 2010 On-demand
4	SWAB-richtlijn, van theorie naar praktijk
1	Therapietrouw bij COPD
1	WebTV nascholing: Herziene richtlijn niet-kleincellig en kleincellig longcarcinoom 2011

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