

PULMO

Script

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT
JAARGANG 22, NR. 4 DECEMBER 2011



KWALITEITSBELEID NVALT
“De toetsbare longarts”

Stoppen met roken
in het basispakket

Probleemgeoriënteerd
denken in de Palliatieve Zorg

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
www.nvalt.nl

Redactieraad:
Dr. Y. Heijdra
Drs. S.M. de Hosson
Drs. K.J.M. Mooren
Dr. H.J. Pennings
Mevr. W. Vlugg

Uiterste datum voor insturen kopij
nr. 1: 15 februari 2012

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
drukkeradviezen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



04 VOORWOORD

Bestuur

05 Vanuit het bestuur

07 Notulen NVALT ledenvergadering 7 oktober 2011

17 Kwaliteitsbeleid NVALT "De toetsbare longarts"

Commissies, secties en werkgroepen

24 Sectie Assistenten: Opleiding in de kijker, Medisch Centrum Alkmaar

27 Commissie Accreditatie Voorkom problemen met uw herregistratie

28 Commissie Bronchorst Verslag Marijne Smits

30 Commissie Richtlijnen SWAB richtlijn CAP

Pulmopen

35 De laatste bijdrage door Jan van der Maten

Vergoedingen

37 Van DBC naar DOT

39 Stoppen met roken in het basispakket

Nieuwe hoogleraar stelt zich voor

40 Prof. dr. J.C. Grutters, hoogleraar Interstitiële Longziekten

Nascholing

43 Samenvatting proefschrift Hanneke Kwakkel

Immunological risk stratification of the bronchiolitis obliterans syndrome after lung transplantation

44 Samenvatting proefschrift

Towards restoring the physiological protection against airway narrowing in asthma

47 Longen Digitaal

Twitter

Ingezonden

49 NRS Science Award

51 IMIS Groningen: multidisciplinair op weg naar uniforme instructie voor inhalatiemedicatie.

52 Probleemgeoriënteerd denken in de Palliatieve Zorg

Personalia

54 Kandidaat-leden

54 Nieuw benoemde longartsen

54 Nieuwe rustende leden

55 In Memoriam

56 Congresagenda

Beste lezers,

Voor u ligt de PulmoScript nieuwe stijl. Eindelijk is het zover. De nieuwe redactieraad, bestaande uit Sander de Hosson, Kris Mooren, Herman Jan Pennings, Wilma Vlug en ondergetekende hebben de PulmoScript in een nieuw jasje gestoken. Ons verenigingsblad heeft een andere uitstraling gekregen. Meer foto's, kortere rubrieken, meer gericht op onze assistenten in opleiding. De bedoeling is dat u het leuk vindt een nieuwe PulmoScript in de bus te krijgen. Als er nog meer goede ideeën voor verbeteringen zijn horen wij dat graag.

Een aantal rubrieken zult u niet meer tegen komen. De PulmoPen verdwijnt na vele jaren, in dit nummer nemen we daar afscheid van. Er zal geen samenvatting meer worden gegeven van de voordrachten tijdens de wetenschappelijke vergadering. Promotie samenvattingen worden korter en bondiger besproken. Daarnaast een aantal nieuwe rubrieken.

We willen meer aandacht geven aan de opleidingsklinieken. Wie zit waar in opleiding. Wie zijn daar de opleiders en wat zijn de speerpunten. Dit gelardeerd met een recente foto zodat we weer helemaal up to date zijn. De aftrap is gedaan door Medisch Centrum Alkmaar. Op ludieke wijze wordt de opleider Dr. Joost van den Aardweg in het zonnetje gezet.

Een andere nieuwe rubriek is het voorstellen van onze nieuwe hoogleraren. Prof. dr. Jan Grutters vertelt wat zijn drijfveren zijn, wat hij wil bereiken en hoe hij dat doet. Zijn opmerking "volg je hart en verdiep je in die dingen die je leuk vindt" kan ik van harte ondersteunen. We zullen via de rubriek longen digitaal u op de hoogte houden van nieuwe mogelijkheden op ICT gebied. Daarbij kan o.a. gedacht worden aan handige App's voor de smartphones. Heeft u zelf iets wat het delen waard is schroom niet dat aan ons mede te delen zodat wij dit in PulmoScript kunnen publiceren.

We hebben op onze laatste wetenschappelijke vergadering een nieuwe vorm voor deze dag gelanceerd. De werkgroep ademhalingsstoornissen tijdens de slaap heeft het ochtendprogramma gevuld. Daarnaast hebben 3 assistenten een voordracht gehouden. De dag werd zoals gebruikelijk afgesloten door de huishoudelijke vergadering. Het grote voordeel was dat de betrokkenheid van de leden van de werkgroep leidde tot een zeer goede



opkomst. Dat is in het verleden wel eens veel slechter geweest. De voorwaarde was wel dat de te geven lezingen interessant moesten zijn voor de longarts in het algemeen. Volgens mij zijn we daar goed in geslaagd. De stemming aan het einde van de dag was dan ook om dit voortaan zo vorm te gaan geven. De bedoeling is dan ook dat we in het vervolg 2 werkgroepen zullen benaderen om het ochtendprogramma te verzorgen. Na de lunch is er plaats voor 3 algemene voordrachten waar ook de assistenten in opleiding gebruik van kunnen maken. De huishoudelijke vergadering zal de dag afsluiten. De voorjaarsvergadering zal echter een ander karakter hebben daar zij gehouden wordt tijdens de longdagen (12-14 april). Er wordt dan een wetenschappelijk congres georganiseerd in samenwerking met de LAN, NRS, CAHAG, NVLA, SKL en het Astmafonds. Er zullen dan geen aparte bijdragen zijn. Ook assistenten kunnen daar geen voordracht houden. Goed om rekening mee te houden. Er is een zeer interessant programma samen gesteld.

De Bronkhorst was erg interessant. De nieuwe technieken vlogen ons om de oren. Nog niet allemaal toepasbaar in de praktijk maar voor velen zal dat denk ik niet lang meer duren. Een verslag vindt u elders in deze PulmoScript.

Ik wens u heel veel leesplezier

Yvonne Heijdra
Wetenschappelijk secretaris

Vanuit het bestuur

2011 was in een aantal opzichten een bijzonder jaar. 2011 was het jaar van de 3 grote, zeer succesvol verlopen congressen in Nederland: het WASOG&BAL congres in Maastricht in juni, het 14e IASLC congres in juli in Amsterdam en het jaarlijkse congres van de ERS in september, ook weer in Amsterdam. Het illustreert de vooraanstaande rol die Nederlandse onderzoekers (en klinici) spelen in de respiratoire wereld.

Voor de organisatoren iets om trots en tevreden op terug te kijken en voor de deelnemers een uitgelezen mogelijkheid om dicht bij huis kennis bij te tanken en contacten aan te gaan of aan te halen.

2011 was helaas ook het jaar van de centen. Dat speelt op micro-, op meso- en op macro- (lees: Euro-) niveau.

Voor ieder van ons individueel kunnen de problemen op de huizenmarkt, omzetverlies, belasting- of premieverhoging of andere financiële tegenspoed een rol spelen.

Voor de gezondheidszorg in Nederland en voor ons als zorgverleners zullen de almaar stijgende kosten ook belangrijke consequenties hebben. Uw bestuur is daar de afgelopen maanden op verschillende fronten druk mee geweest. De minister meent kosten te kunnen sparen door de farmacotherapie van rookverslaving niet langer in het basispakket van de zorgverzekering te vergoeden. Dat is uit oogpunt van kosten natuurlijk zeldzaam onnozel, ofwel penny-wise and pound-foolish. Omalizumab dreigt uit de beleidsregel dure geneesmiddelen te worden geschrapt, wat zou kunnen betekenen dat de kosten van het voorschrijven ervan op de ziekenhuizen wordt afgewenteld. Een nieuw middel als roflumilast dat bewezen werkzaam is bij een aantal van de COPD-patiënten die wij als longartsen zien en behandelen komt, anders dan in veel andere landen in Europa, hier niet voor vergoeding in aanmerking. En tenslotte: door preferentiebeleid voor

inhalatiemedicatie in te voeren hopen zorgverzekeraars over de rug van patiënten en voorschrijvers kosten te besparen, zonder dat duidelijk is of dat zomaar kan.

De huisartsen hebben kortgeleden kenbaar gemaakt dat ze zorg voor chronisch zieken zullen afstoten in

reactie op de korting die hen lijkt te gaan worden opgelegd. Wij staan als longartsen natuurlijk klaar om de zorg voor patiënten met astma en vooral COPD, die de laatste jaren steeds vaker het domein van de eerste lijn leek te zijn geworden weer over te nemen. Of dat kosten bespaart is maar de vraag, maar het is voor ons wel een uitdaging om goede en doelmatige tweedelijns zorg te (blijven) leveren.

Met andere woorden, ook in de spreekkamer merken we dat de bomen niet langer tot in de hemel groeien. Steeds duidelijker lijkt te worden dat we onze welvaart hebben gebouwd op het in rap tempo uitputten van de aarde en op kolossale schulden. Ik ben van nature geen pessimist maar dat de wal het schip eens zal keren acht ik zeer waarschijnlijk en dat we in de zorg niet alles zullen kunnen doen wat de patiënt wenst of wat wij menen te kunnen evenzeer.

Maar, niet gesomberd, want er is ook een heleboel wel en er komt vast nog meer. Lees in de vernieuwde PulmoScript maar eens wat er allemaal speelt in respiratoir Nederland. U krijgt een doorkijkje in de opleiding tot longarts van het MC Alkmaar, Prof. dr. Jan C. Grutters recent benoemd als hoogleraar Interstitiële Longziekten stelt zich, waarschijnlijk ten overvloede nog eens aan u voor en ook de proefschriften van Hanneke Kwakkel en Annelies Slats, waarvan u in dit nummer samenvattingen vindt, zijn het lezen meer dan waard. Dat alles en nog veel meer vindt u in deze PulmoScript.

Namens het bestuur,

*Prof. Dr. Geertjan Wesseling,
Voorzitter*



7 oktober 2011 te Utrecht

Notulen ledenvergadering NVALT

Aanwezig (getekend op presentielijst: 65)

1. Opening

De voorzitter opent de vergadering om 15.30 uur. De voorzitter vraagt een ogenblik stilte om het overlijden van Frits Wagenaar te gedenken.

2. Notulen vergadering 15 juni 2011

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

3. Mededelingen vanuit het Bestuur

Wesseling

- Morgen - 8 oktober is een Hermes Examen. Dit is een Europees examen waar 125 aios aan mee zullen doen. Dit betekent dat Nederland het tweede land van Europa is dat zo massaal aan het examen meedoet.
- Op 12-14 april 2012 zullen de longdagen plaatsvinden. Dit is een gezamenlijk initiatief van de LAN, de NRS, de NVALT, het NAF, de SKL, de NVLA en de CAHAG. De longdagen zullen bestaan uit een aantal wetenschappelijke en klinische lezingen en sessies. Tijdens deze dagen zal ook de huishoudelijke voorjaarsvergadering worden gehouden. Er kunnen abstracts ingediend worden.
- Er wordt gewerkt aan een businessplan voor de Sectie School voor Longziekten. Het nascholingsaanbod van de NVALT zal worden opgeschoond, geïntegreerd en vernieuwd.
- Het Bestuur is bezig om een langere termijn strategisch beleidsplan tot 2025 voor de NVALT te ontwikkelen. Hiervoor is een externe adviseur van de KNMG aangetrokken. In het voorjaar zal een Invitational conference worden georganiseerd waarbij gevraagd zal worden om input vanuit het veld. Na deze Invitational zal een concept strategisch beleidsplan klaar zijn. Vaststelling van het beleidsplan zal waarschijnlijk in het voorjaar van 2013 plaatsvinden.
- Zorgverzekeraars zullen met een versmald farmacotherapie portfolio gaan werken. De NVALT is bezig een advies te formuleren over hoe zorgverzekeraars preferentiebeleid voor inhalatiemedicatie kunnen gaan vormgeven. In afwachting daarvan hebben zorgverzekeraars die daar al mee bezig waren het proces "on hold" gezet.
- Er is veel gebeurd m.b.t. het dossier roflumilast. In veel landen is dit middel geregistreerd en ook voor vergoeding goedgekeurd. Dit geldt niet voor Nederland. Er zijn twee strategieën op dit moment. Ten eerste kan de firma wor-

den uitgenodigd om meer evidence aan te leveren, ten tweede kan het zijn dat de longartsen van mening zijn dat dit middel snel voor de verschillende patiënten ter beschikking moet komen. De vergadering is van mening dat op dit moment de firma aan zet is. Pennings vult aan dat de NVALT aan VWS heeft voorgesteld om Roflumilast onder strikte voorwaarden op proef in de tweede lijn te kunnen laten voorschrijven met duidelijke outcome-criteria; dit traject is echter nog in ontwikkeling en het is nu voor VWS nog niet mogelijk hier een uitspraak over te doen.

- I-Pulmonologist. Dit is een uitgever die een website heeft ontwikkeld van longartsen- voor longartsen.
- De kwaliteits-indicatoren bij de Zorgstandaard COPD zijn vastgesteld. De registratielast is met name bij de 1e lijn komen te liggen. De indicatoren over de voedingstoestand zijn daarin nog niet opgenomen.
- Het Bestuur is bezig met de opvolging van Smeenk en Venmans in het Bestuur. Eventuele kandidaten worden opgeroepen zich te melden bij het Bestuur.
- De duikgeneeskunde en longartsen. Emiel Dubois zal hierover een discussie-stuk schrijven om te bezien of dit binnen de longgeneeskunde een plaats zou kunnen krijgen.

Pennings

- Peter Sterk is voor de Nederlandse ERS-leden de National Delegate. Er zal een korting aangeboden worden voor de Nederlandse leden van de NVALT, indien men lid wordt van de ERS. De NVALT-leden onder 35 kunnen gratis lid worden van de ERS. Pennings doet een oproep aan de NVALT leden om lid te worden van commissies binnen de ERS. Aleva merkt op dat het voor perifere longartsen vaak moeilijk is om lid te worden van een ERS- werkgroep, omdat de onderwerpen meestal sterk wetenschappelijk gericht zijn.
- Er wordt momenteel een nieuw Lung Whitebook 2012 door de ERS gemaakt.
- Op de ERS in Amsterdam zijn de eerste data van de ERS- COPD-audit gepresenteerd. De NVALT heeft in de eerste ronde niet deelgenomen aan deze audit maar het Bestuur en de Werkgroep COPD hebben afgesproken de uitkomsten van de eerste audit af te wachten en vervolgens wellicht in de tweede tranche in te stappen.
- De ERS is bezig met een roadmap van Europese longziekten, geschreven door Mark DeCramer. Dit stuk is aangeboden aan het Europees Parlement.
- De ERS heeft aangekondigd dat men voornemens is te starten met een curriculum op het gebied van Slaap.

Dit wil men opzetten in een soort Hermes-examen op Europees niveau.

- De NVALT is nog steeds in discussie met de apothekers over het Zuurstof-voorschrijvingsbeleid. De overheid heeft wettelijk vastgelegd dat de apotheker ieder zuurstof-recept moet controleren. De LAN heeft samen met de NVALT het initiatief genomen om tot een nieuw voorstel voor VWS te komen. De inspectie heeft aangegeven pas in 2012 te gaan toezien op deze wetgeving.
- Voor 2012 zullen er geen nieuwe indicatoren ontwikkeld worden.
- Binnenkort zal een kwaliteits Jaarplan van de NVALT verschijnen.

4. Mededelingen vanuit de Commissie Beroepsbelangen

Grotjohan doet verslag van de projectgroep DBC's –DOT

De werkgroep bestaat uit

Remco Djamin
Steven Drevers
Hans Grotjohan
Koen Liesker
Gregor Mannes
Pascal Wielders

Onderwerpen die vandaag aan bod komen

- DBC historie
- DOT bomen zorgproducten
- DOT tarieven beheersmodel klankbordgroep NZa

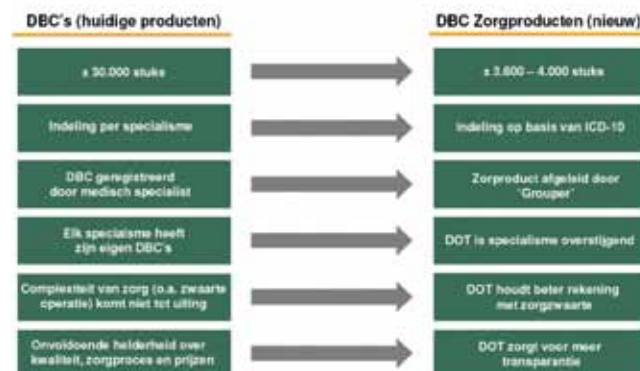
de historie

2008 "loon naar werk"
declaratie met dbc's
normtijd x uurtarief

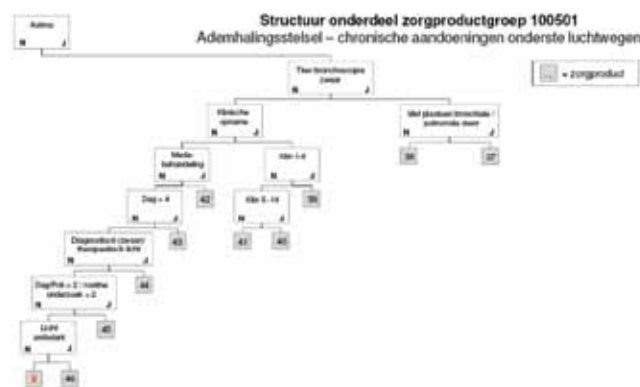
- goede basis gelegd in normtijden
- veel diagnose behandelcombinaties
- veel positieve verwachtingen
- Dit heeft een positief effect gehad op het inkomen vrijgevestigde longarts
- 2008/2009/2010 overschrijdingen BKZ
- Kortingen vanuit Den Haag tot uiteindelijk 25 %
- Er ontstond een grote druk op dbc systeem
- Spooknota's
- Zeer complex, veel combinaties
- Afspraken met zorgverzekeraar lastig
- Vanuit politiek meer vrije marktwerking gewenst uitbreiding B-segment

2009 "Roep om meer transparantie"
minder administratieve last specialist

Start DOT traject



- Dot bomen afleidend naar zorgproducten
- Verdeling totale normtijd dbc's over zorgproducten minuut neutraal
- Meer werk, kosten zwaarder zorgproduct
- Knooppunten bomen worden bepaald door zorgactiviteiten (codes)



- Oncologieboom ingewikkeld
- Geclusterde zorgproducten chemotherapie
- Normtijd niet kunnen beïnvloeden
- Discussie met dbc onderhoud loopt nog

DOT

- Opening zorgtraject door specialist
- Sluiting automatisch
- Afsluitregels
- Poliklinisch nieuw traject 90 dagen
vervolg traject 365 dagen
- Klinisch 42 dagen na ontslag
- Zorgproduct/declaratie afgeleid via grouper
- Combinatietabel
- Registratie en invoer codes essentieel!!!
- 2010 convenant minister NVZ OMS
- Budget Kaderzorg 2012 2.1 miljard honorarium
- Beheersmodel medisch specialist
- Vrije beroep gehandhaafd

- Balkenende norm van tafel
- Nieuw tijdsbestedingsonderzoek?
- Uitwerking beheersmodel door NZa
- - DOT tarieven bepalen
- - Omzetplafonds per instelling

Geen nieuw tijdsbestedingsonderzoek
Geen vultarieven, maar echte tarieven

DOT tarieven

- Klankbordgroep
- BKZ opgesplitst in specialisme specifiek budgetten op basis van FTE's
- FTE's op basis van Dutch hospital Data

Bepaling DOT honorarium Tarieven

- Specialisme specifieke budget SSB beschikbaar voor DOT honorarium tarieven
- Tarieven DOT zorgproducten bepaald volgens gewogen verdeelsleutel (onderliggende normtijden als uitgangspunt)
- SSB 2009 dbc's 2009 (DIS)

Omzetplafond ziekenhuis

- BKZ wordt opgesplitst in honorarium omzetplafonds per ziekenhuis.
- Verdeling gerealiseerde omzet 2009 uitgangspunt Verschillen per ziekenhuis.
- Vulling omzetplafond met DOT tarieven. Geen vangnet medisch specialist

Verdeling totale honorarium omzet in ziekenhuis wordt verdeeld onder vrijgevestigden volgens nader te maken afspraken

Coöperatie, stafmaatschap.
Logex model?

Toekomst

Informatie bijeenkomst voor NVALT leden
Bijschaven zorgproductstructuur
Nieuwe ontwikkelingen/behandelingen
Verversing leden DOT projectgroep

Grotjohan beantwoordt een aantal specifieke vragen vanuit de zaal. Wesseling dankt de leden van de werkgroep voor het vele werk dat zij verrichten.

5. Mededelingen vanuit het Concilium

Doordat de voorzitter van het Concilium, Jaring van der Zee, vanmiddag een vergadering bij de MSRC bijwoont, is hij verhinderd. Het Concilium is bezig met het updaten van het Opleidingsplan.

6. Mededelingen vanuit de Commissie Richtlijnen

Sjaak Burgers doet verslag van de richtlijn Mesotheliomen:

Wie werken mee?

Dr. J.G.J.V. Aerts, Prof. dr. P. Baas, Ö. Balak, Dr. G.P. Bootsma, W.A. Buikhuisen, Dr. J.A. Burgers, E.J. van Hezik, N.G.M. van 't Hullenaar, M.G.J. Koolen, N.J.J. Schlösser, Dr. J.H. Schouwink, M. Schrijver, H.E.J. Sinninghe Damsté, A.J. Starrenburg-Razenberg, W.F.M. Strankinga, K.Y. Tan, F.M.J. Toben, Dr. J.P.M. Wagenaar

Belangrijkste punten

- Werkwijze
- Het bezwaar van de Nederlandse Vereniging voor Pathologie
- Het commentaar van de overige externe referenten

Werkwijze

1. knelpuntanalyse
2. hoofdstukken gedefinieerd
3. toestemming gebruik ERS-richtlijn

- 2011-mei versie naar externe referenten en andere beroepsverenigingen

Externe referenties

- www.asbestkaart.nl
- www.ikcnet.nl
- www.oncoline.nl
 - Richtlijn pijn
 - Richtlijn dyspneu
- www.nvalt.nl
 - Richtlijn NSCLC
 - Richtlijn maligne pleuravocht
 - Richtlijn thoracoscopie
- www.asbestslachtoffers.nl (IAS)
- www.asbestslachtoffer.nl (patiëntenvereniging)

Europa > Nederland

Europese richtlijn

- Systematische analyse literatuur 1990-2009 (voor chemo vanaf 1965)
- Epidemiologie
- Diagnose
- Stadiëring
- Therapie
 - Chirurgie
 - Radiotherapie
 - Chemotherapie

Nederland

- Vanaf 2009
- Nederlandse haarden
- NMP
- =
- Peritoneaal mesotheliom
- Vergoedingsstelsel
- Organisatie van zorg

Medebeoordelaars (versie 6)**Externe specialisten**

- F. Brijker, NVALT commissie richtlijnen
- Dr. J.S. Burgers, richtlijnconsulent
- Dr. R.L. Haas, radiotherapeut
- Dr. A.P. Maat, cardio thoracaal chirurg
- Dr. ir. J.J.M. van der Hoeven, medisch oncoloog
- Dr. G. van der Laan, arbeidshygiënist
- Dr. H.T. Planteydt
- L. Widdershoven, patiëntenvereniging
- M.A. van der Woude, Instituut Asbestslachtoffers
- Mr R.F. Ruers, advocaat
- Prof. dr. M. van de Vijver, patholoog anatoom

Beroepsgroepen

Thoraxchirurgie
 Medische Oncologie
 Klinische Arbeidsgeneeskunde
 Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde
 Radiotherapie en Oncologie
 Pathologie
 Patiëntenvereniging
 Instituut Asbestslachtoffers

Belangrijkste diagnose

Europees	Nederlands
Diagnosis based on histology	Tumorweefsel dient ter revisie aan het NMP te worden aangeboden

Ned Ver Pathologie:**niet accoord**

- format
- vraag naar de precieze status van de Europese richtlijn
- te expliciete aanbeveling doorsturen naar NMP
- te expliciete aanbeveling voor klinische gegevens bij de NMP aanvraag
- te expliciete aanbeveling voor markergebruik

Belangrijkste punten 1ste lijns-chemotherapie

Europees	Nederlands
Chemotherapy should be discussed with the patients on case-by case basis	Standaard: Cisplatin-pemetrexed
	Alternatief in 1ste lijn Carboplatin-pemetrexed Pemetrexed monotherapie
	Start iom patiënt
	Tot 6 kuren (4 bij stabiele ziekte)

Ned Ver Med Oncologie:**nog geen respons****Belangrijkste punten 2de lijns chemotherapie**

Europees	Nederlands
In case of benefit of the 1st line: might be repeated.	Gemcitabine en vinorelbine kunnen ook worden overwogen
Clinical trials are encouraged	

Belangrijkste punten Radiotherapie en chirurgie

Europees	Nederlands
Palliative radiotherapy in case of painful chest all infiltration	NVRO:
Prophylactic radiotherapy is questionable.	geen profylactische RT
Radical surgery only in clinical trials	hyperthermie kan ook
Pleurectomy can be considered for symptom control	pijnschema bv 10x3Gy of 5x4Gy

Ned Ver Thorax Chirurgie: accoord

Peritoneaal mesothelioom

- Van 1989 - 2008:
 - 345 mannen
 - 113 vrouwen
 - = 15/jaar
- Mediane overleving
 - Peritoneaal 134 dagen
 - Pleuraal 243 dagen

Ned Ver Pathologie: geen aanbevelingen geformuleerd: PA stuk zou eruit kunnen

Organisatie van zorg

Ned Ver Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde:

- counseling bedrijfsarts voor werkende patiënt
- risicocommunicatie met (ex-) collega's via klinische arbeidsgeneeskundige/bedrijfsarts

- Wachttijden
 - ➔ NSCLC richtlijn
- Stress
 - ➔ Patiëntenvereniging
- Psychosociale zorg
 - ➔ oncoline

Voorstel

- **Autoriseren van de richtlijn met uitzondering van § 3.1.4. Pathologie.**

De richtlijn wordt unaniem aangenomen.

Wesseling dankt de werkgroep voor al haar werkzaamheden.

7. Autorisatie SWAB Richtlijn CAP

Toelichting Boersma:

Dutch Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults

The Dutch Working Party on Antibiotic Policy (SWAB)/Dutch Association of Chest Physicians (NVALT), 2011

Dr. W. J. Wiersinga (coordinator), Prof. Dr. M.J. Bonten (NVMM), **Dr. W. G. Boersma (NVALT), Dr. R.E. Jonkers (NVALT), Drs. R. M. Aleva (NVALT)**, Prof. Dr. B.J. Kullberg (VIZ), Dr. J.A. Schouten (NVIC), Prof. Dr. J.E. Degener (NVMM), Dr. R. Janknegt (NVZA), Prof. Dr. T.J. Verheij (NHG), Dr. A.P.E. Sachs (NHG), Prof. Dr. J.M. Prins (SWAB, chairman)

In 2003 waren er

- 28 conclusies
- 22 aanbevelingen

Dutch Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults

NVALT - SWAB

- 65 conclusions
- 49 recommendations

Wat is nieuw?

- Gezamenlijke richtlijn
- Antibiotica resistentie *S.pneumoniae*, *C. Burnetii* infectie
- COPD en CAP- *M.catarrhalis/H.influenzae*
- Nieuwe diagnostische testen (urine Ag, Q fever, PCR pathogenen, PCT)
- Risico scores
- Radiologie, PPE (vanuit oude NVALT richtlijn)
- Antibiotische therapie (ambulant, matig ernstig, ernstig)
- Duur antibiotische therapie
- Influenza A/B: diagnostiek, therapie en superinfecties
- "Door to needle time" antibiotica
- Immunomodulerende therapie (CS, activated protein C, GCSF)
- Kwaliteitsindicatoren?

Conclusion 11	There is no convincing evidence that <i>H. influenzae</i> and <i>M. catarrhalis</i> are more common causes of CAP among patients with COPD.
Level 3	C: Ostergaard ⁷⁵ , Ruiz ⁷⁰
Recommendation	It is not recommended to cover <i>H. influenzae</i> and <i>M. catarrhalis</i> in the initial treatment of CAP in patients with COPD. An exception is peribronchitis in which case it is advised to cover <i>H. influenzae</i> by empirical antibiotic therapy.
Conclusion 17	Assessment of the severity of CAP at the time of clinical presentation with the Pneumonia Severity Index (PSI or Fine score), the CURB-65 or the CRB-65 scoring system allows prediction (and risk stratification) of 30-day mortality.
Level 1	A2: Fine ¹⁰⁸ , Bont ¹¹⁵ , Lim ¹⁰⁷
Recommendation	The Pneumonia Severity Index (Fine score), the CURB-65 and CRB-65 are equally reliable for assessing the severity of CAP. Alternatively, a pragmatic score may be used (treatment at home; admission to a general medical ward and admission to an Intensive Care Unit).
Recommendation	Selection of empiric antibiotic therapy should be guided by the severity of the disease at presentation.
Conclusion 25	The urinary pneumococcal antigen test is highly specific for demonstrating a causative role of <i>S. pneumoniae</i> in adult patients with CAP.
Level 1	A2: Murdoch ¹³⁰ , Gutierrez ¹³² , Sorde ¹³³ , Roson ¹³⁵ , Stralin ¹⁴²
Recommendation	A urinary antigen test for <i>S.pneumoniae</i> should be performed in all patients treated as severe CAP. In patients with a positive test result and without another pathogen detected, antibiotic treatment can be simplified to amoxicillin or penicillin once clinical stability has been reached (often within 48 hours).
Conclusion 36	There are no randomized double-blind controlled trials to evaluate initial treatment of patients with severe CAP. Although some retrospective studies and observational cohort studies suggested mortality reductions with combination therapy of a beta-lactam antibiotic and a macrolide or quinolone for severe CAP, quinolones had comparable efficacy compared with beta-lactams +/- macrolides in prospective studies.
Level 2	A2: Finch ²⁰² B: Gleason ⁹⁹ , Rello ²⁰⁷ , Rodriguez ²⁰⁸ , Lodise ²⁰⁹ , Lode ²¹⁰ , Frank ²⁰⁶ , Gaillat ²¹¹
Recommendation	If adult patients with mild to moderate-severe CAP are treated with a β -lactam antibiotic or fluoroquinolones, the length of antibiotic treatment can be shortened to 5 days in those patients who have substantially improved after 3 days of treatment. As there have been no studies on the optimal duration of treatment for CAP with doxycycline, we recommend continuing 7 days of treatment in these cases.
Conclusion 46	An early switch from intravenous to oral antibiotic therapy for CAP as soon as patients have substantially improved clinically, have adequate oral intake and gastrointestinal absorption and are hemodynamically stable is safe and cost-effective.
Level 1	A1: Rhew ²⁶⁶ A2: Oosterheert ³⁶ B: Ramirez ²⁶⁵
Recommendation	Patients should be switched from intravenous to oral therapy when they have substantially improved clinically, have adequate oral intake and gastrointestinal absorption and are hemodynamically stable*. For patients who fulfil these criteria, inpatient observation is no longer necessary.

Nieuwe richtlijnen CAP

- NVALT (<http://www.nvalt.nl/service/richtlijnen/richtlijnen2>)
- SWAB (<http://www.swab.nl/swab/cms3.nsf/viewdoc/2B056062518D7C1AC12575740046EA60>)
- Pulmoscript: samenvatting
- Publicatie: The Netherlands Journal of Medicine
- Diverse nascholingen

8. Besluitvorming Positionpaper m.b.t. accreditatie voor respiratoire slaapgeneeskunde.

Toelichting H. Hassing.

ACCREDITATIE VAN CENTRA VOOR RESPIRATOIRE SLAAPGENEESKUNDE (CRSG)

Werkgroep Ademhalingsstoornissen tijdens deslaap (WAS)

Auteurs:

Michiel Eijsvogel
Henk Hassing
Klaas van Kralingen
Herman-Jan Pennings
Dirk Pevernagie
Reindert van Steenwijk

Onderwerpen

- Waarom wel of geen accreditatie
- Doelstellingen accreditatie
- Implementatie accreditatie
 - Randvoorwaarden
 - Evaluatie CRSG
 - Visitatie
 - Web-based datasysteem
- Discussie

Waarom wel accreditatie?

- Verbetering kwaliteit slaapcentra
- Tevredenheidonderzoek SlaapApneuVereniging 2009/2011
- Eisen van zorgverzekeraars
- Wetenschappelijke vereniging neemt haar verantwoordelijkheid
- Externe prestatie indicatoren OSAS
- Toenemende verlangens/eisen van de maatschappij naar transparantie en toetsing

Waarom geen accreditatie?

- Precedent werking
- Gaan klinieken accreditatie mislopen
- Administratieve belasting

Doelstelling accreditatie

- Kwaliteitsvolle patiëntenzorg: diagnose en therapie
- Gebaseerd op richtlijnen CBO OSAS 2009 AASM 2009 ERS 2011
- Goede samenwerking andere disciplines

- Optimaal zorgproces
- Door professionals zelf georganiseerd

Implementatie accreditatie

- Randvoorwaarden
- Evaluatie CRSG
- Visitatie
- Web-based datasysteem

Randvoorwaarden

- Draagvlak en mandaat
 - WAS positief
 - NVALT bestuur positief
 - NVALT leden.....
- Bestuurlijk verantwoord
 - WAS/NVALT bestuur benoemt accreditatie commissie
 - Onder supervisie WAS/NVALT
 - Accreditatie/visitatie reglement
 - Adequate logistiek

EVALUATIE CRSG

- Aantal diagnoses
- Aantal therapieën en succes
- Organisatie rond CPAP
- Protocollen diagnoses/ therapie
- Uitvoering en beoordeling PG en PSG
- Goede afstemming met andere disciplines
- Beleid comorbiditeit met name metabool syndroom en cardiovasculair risico
- Tevredenheidonderzoek onder patiënten
- Deskundigheid om niet respiratoire slaapstoornissen te diagnosticeren
- Verwijsbeleid bij refractaire symptomen en bij niet respiratoire pathologie

Visitatie

- Vragenlijst
 - Staf en medewerkers
 - Succes therapie
 - Diagnostiek
 - Protocollen
 - Diagnose en therapie
 - Opleiding, lezingen en publicaties

- Bespreking vragenlijst met medische staf
- Gesprekken met OSAS verpleegkundigen/management
- Bezoek ruimtelijke faciliteiten
- Beoordeling 20 dossiers
- Toetsen uitvoering en beoordeling van PG en PSG
- Voorlopige conclusie

Conclusie Visitatiecommissie

- Geen visitatie
- Accreditatie voor 2 jaar
- Accreditatie afgewezen
- Accreditatie voor 5 jaar

WAT IS DE LONGGENEESKUNDE KWIJTGERAAKT?

- Astma bij kinderen
- Intensive Care
- Allergologie
- Beroepsastma
- Slaapgeneeskunde ????

Wat is prima gegaan?

- Longoncologie
- Interstitiële longafwijkingen
- Pulmonale hypertensie
- Tuberculose
- Pneumonie/ longembolieën
- Chronische beademing

Slaapapneu?**Slaapgeneeskunde?****Oproep aan NVALT-leden**

- Wij moeten het zelf doen, anders beslissen voor ons de SlaapApneuVereniging, zorgverzekeraars en overheid
- Longartsen hebben de unieke mogelijkheid een centrale rol te vervullen bij slaapapneu/ slaapgeneeskunde

Ja of nee accreditatie

Macken vraagt zich af waarom dit traject apart van de kwaliteitsvisitatie wordt gehouden.

Van Kralingen geeft aan dat het zeker de bedoeling is de accreditatie op termijn te incorporeren in de kwaliteitsvisitatie. Het draagvlak bij de KNO-artsen en neurologen is wisselend per kliniek. In eerste instantie is geprobeerd een multidisciplinaire accreditatie op te zetten. Echter niet alle wetenschappelijke verenigingen gingen daarmee akkoord. Er zijn veel cursussen voor slaapapneu in binnen en buitenland. Van Noord vraagt zich af wat de daadwerkelijke consequenties van de visitaties zijn. Van Kralingen benadrukt dat de visitatie geheel vrijwillig is. Men beoogt zeker niet om ziekenhuizen te verbieden slaapgeneeskunde te doen. Accreditatie is echter een manier om zichzelf te profileren naar de buitenwereld op deze manier. Burgers geeft aan geen heil te zien in het apart visiteren van de deelgebieden van de longziekten, het integreren in de kwaliteitsvisitatie lijkt hem goed. Het merendeel van de vergadering stemt in met een separaat accreditatie-traject voor de slaapgeneeskunde. Een aanzienlijke minderheid is tegen. Het Bestuur zal met de WAS de opmerkingen van vanmiddag bespreken en een nader traject afspreken. In een volgende vergadering zal men terugkomen met een verder uitgewerkt voorstel.

9. Positionpaper inzet TNFa-remmers bij longziekten

Naar aanleiding van een brief van de NVZ dat de TNF-alfaremmers overgeheveld worden naar het ziekenhuisbudget, vanuit de dure geneesmiddelen, heeft de NVZ de NVALT verzocht aan te geven bij welke longziekten en onder welke voorwaarden de longarts deze medicijnen inzet.

De position-paper heeft op de website gestaan onder de kop 'richtlijn'. Wesseling geeft aan dat dit stuk geenszins bedoeld was als richtlijn en ook niet als zodanig gezien moet worden. Het Bestuur heeft aan de Werkgroep gevraagd een position-paper te schrijven ter advisering van het Bestuur. Dit advies zal ingevoegd worden in de richtlijn ILD die in ontwikkeling is. Er zijn een aantal alinea's opgenomen in de position-paper die daar niet in thuis horen. De studies waarop de aanbevelingen gebaseerd zijn zouden gedetailleerder en afgewogen beschreven moeten worden.

Er zouden ook niveau's van evidentie moeten worden opgenomen. Van verschillende kanten zijn er inmiddels bezwaren geuit over dit stuk zoals het er nu ligt.

Jonkers merkt op dat het stuk met name de persoonlijke mening van de auteurs weergeeft, incl. de bijpassende logo's van de ziekenhuizen. Er wordt gerefereerd aan de toekenning van de status van een expertise centrum en dan met name bij de ziekenhuizen waarvan de auteurs afkomstig zijn. Op pagina 5 van het stuk wordt ook vermeld dat de indicatiestelling alleen plaats kan vinden in dergelijke expertisecentra. Dit lijkt Jonkers zeer ongewenst. Waar de behandeling vervolgens moet plaatsvinden wordt niet vermeld. Brijker geeft als voorzitter van de commissie Richtlijnen duidelijk aan het eens te zijn met Jonkers.

Het vervolg zal zijn dat alle commentaren die vandaag en al eerder zijn binnengekomen op het stuk, zullen worden teruggegeven aan de samenstellers van het stuk met het verzoek om een nieuwe versie te maken. Voor 1 januari zullen we de NVZ moeten antwoorden. Ook zal er voldoende draagvlak moeten zijn binnen de werkgroep ILD en de werkgroep die bezig is met de nieuwe richtlijn Interstitiële longziekten.

10. Jaarverslag 2010

Het jaarverslag wordt geaccordeerd.

11. Verkiezingen

Er zijn op dit moment geen verkiezingen c.q. herverkiezingen binnen de commissies.

12. Voorstellen kandidaat-leden

Er zijn afmeldingen binnengekomen van Monique Luiting, Kor Johan Koning, Wouter van Geffen, Louise Urlings, Evelien Braam, Arenda Meedendorp, Prewesh Chandoesing, Keetje van Loenhout, Joris veltman en Caroline Godfroy.

Aanwezig zijn: Stefan Walen, Isala Klinieken Zwolle - Lisanne Kastelij, Sint- Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein - Nicole Barlo, Sint- Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein, Christi Steendam, Sint- Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein Fredrike Oomen, Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar.,

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

13. Wat verder ter tafel komt en rondvraag

Heijdra merkt als wetenschappelijk secretaris op dat de komende ledenvergaderingen gevuld gaan worden met een ochtendprogramma voor de werkgroepen. Er zullen telkens 2 werkgroepen worden uitgenodigd. De aanwezigen zijn enthousiast over dit voorstel.

14. Sluiting

De voorzitter sluit de vergadering om 17.00 uur.

Dr. Christian F Melissant

De Toetsbare Longarts

Het bestuur van de NVALT heeft de afgelopen jaren veel tijd besteed aan het kwaliteitsbeleid van de vereniging en de verdere professionalisering. In 2006 heeft de NVALT in het beleidsplan 'Professionalisering NVALT' haar missie, doelen en strategie bepaald ten aanzien van een aantal beleidsgebieden, zoals kwaliteit, wetenschappelijk onderzoek en belangenbehartiging. Dit beleidsplan uit 2006 is een nadere uitwerking van een eerder verschenen position paper 'Longarts in de 21e eeuw' (NVALT, 1999).

Momenteel is de wereld aan vele veranderingen onderhevig, dusdanig dat ook kwaliteit in de vereniging een belangrijke plaats heeft verworven. De laatste jaren zijn er vele rapportages verschenen met betrekking tot het kwaliteitsbeleid en het functioneren van artsen en zorginstellingen. Vele gremia houden zich hier mee bezig, dusdanig dat velen door de bomen het bos niet meer zien. Onder andere de volgende instanties houden zich met kwaliteit in de gezondheidszorg bezig:

NIAZ *Nat Instituut Accreditatie Zorginstellingen*

KNMG

OMS *Orde Medisch Specialisten*

VWS *Departement*

NFU *Ned Federatie Universitaire Medisch Centra*

NPCF *Ned Patiënten en Consumenten Federatie*

Consumentenbond

ZN *Zorgverzekeraars Nederland*

NVZ *Ned Ver Ziekenhuizen*

Raad voor Volksgezondheid

MSRC *Med Specialisten Registratie Commissie*

ZonMW

Trimbos

WOK *Raad Wetenschap, Opleiding & Kwaliteit*

PK *Platform Kwaliteit*

SKMS *Stichting Kwaliteitsgelden Med Specialisten*

V&VN *Verpleegkundigen en Verzorgenden Ned*

CBO *Centr Begeleidingsorgaan*

CCMS *Centraal College Medisch Specialisten*

Wetenschappelijke verenigingen Regieraad

IGZ *Inspectie Gezondheidszorg*

De maatschappelijke, politieke, publicitaire maar ook medische realiteit is, dat kwaliteit van zorg (in de meest brede zin) inmiddels een gevleugeld woord is geworden. Van de medisch specialisten, een beroepsgroep met veel verantwoordelijkheden, mag worden verwacht dat zij gezondheidszorg van hoge kwaliteit leveren.

Aspecten van kwaliteit van de beroepsuitoefening zijn (KNMG):

- **Productkwaliteit** (medisch-technisch handelen: doeltreffendheid, deskundigheid, indicatiestelling, geschiktheid, veiligheid, zorgvuldigheid)
- **Proceskwaliteit** (attitude van de beroepsbeoefenaar: respectvolle bejegening, informatiebereidheid, vertrouwensrelatie, coöperatie, verantwoordingsbereidheid)
- **Voorwaarden kwaliteit** (organisatie van de beroepsuitoefening: continuïteit, beschikbaarheid, doelmatigheid, integrale zorg).

Kader

De kwaliteit in de zorg wordt geborgd en gestimuleerd met behulp van een aantal kwaliteitsinstrumenten (OMS):

- Indicatoren
- Richtlijnen
- Visitatie
- Complicatieregistratie

- Registratie en herregistratie
- IFMS
- Bij- en nascholing
- Veiligheidsmanagementsysteem
- Leidraad verantwoordelijkheid bij medisch apparaat
- Model reglement mogelijk disfunctioneren medisch specialist (<http://orde.artsennet.nl>)

Door genoemde maatschappelijke ontwikkelingen, welke ook uitmonden in (nieuwe) wetgeving en regelgeving (wet Big, gedragscodes, CCMS, veilig incidenten melden, WGBO etc.), en de opstelling van de overheid worden de wetenschappelijke verenigingen met steeds meer taken belast. Het visiteren van niet opleidingsklinieken, het ontwikkelen van richtlijnen, het accrediteren van bij- en nascholingsactiviteiten en het her-registreren van longartsen zijn activiteiten die de laatste jaren het takenpakket van de vereniging hebben vergroot en/of ook verder zullen vergroten. Daarnaast dienen ook de al van oudsher bestaande taken in het kader van de opleiding goed te worden uitgevoerd en gecoördineerd. Recent is vanuit de KNMG het "Algemeen Kwaliteitskader voor alle artsen" geformuleerd, vanuit de gedachte te komen tot samenhang en transparantie in het kwaliteitsbeleid van alle beroeps- en/of wetenschappelijke verenigingen. Hierop volgde kwam vanuit OMS ook het "Kwaliteitskader van Medisch Specialisten" De professionele kwaliteit wordt bepaald door een samenspel van het medisch-inhoudelijk handelen en de attitude van de medisch specialist én de organisatie waarbinnen de beroepsuitoefening plaatsvindt. In het Kaderbesluit (van het Centraal College Medische Specialisten) worden de eisen aan de arts in opleiding tot (medisch) specialist (aios) nauwkeurig

omschreven in zeven competentiegebieden met ieder vier bijbehorende kerncompetenties. Deze zijn ontleend aan het Canadese systeem, Canadian Medical Education Directions for Specialists 2000 (CanMEDS 2000) en aangevuld en aangepast aan de Nederlandse situatie. In CanMEDS wordt niet alleen gekeken naar vakinhoudelijke competenties maar ook naar algemene competenties, die voor iedere medisch specialist dezelfde zijn. Competenties zijn clusters van vaardigheden, kennis, attitudes, eigenschappen en inzichten. Ze zijn contextgebonden, verbonden met activiteiten of taken, veranderlijk in de tijd en leerbaar. Deze competenties, gekomen vanuit het opleidingskader, zullen in het kader van toetsing van kwaliteit ook worden gehanteerd bij reeds zittende specialisten. De volgende competenties worden onderscheiden:

- Medisch handelen
- Communicatie
- Samenwerking
- Kennis en wetenschap
- Maatschappelijk handelen
- Organisatie
- Professionaliteit

Verankering

Medisch specialisten willen de beste zorg geven aan hun patiënten. De kwaliteit van het functioneren van de individuele arts dient te worden gezien mede in het licht van kwaliteit van verleende zorg, bepaald o.a. door de beschikbare financiering en de kwaliteit van de zorginstelling.

Het vrijwillig uitvoeren van kwaliteitsactiviteiten is inmiddels niet meer voldoende. De voorheen door velen ingenomen relativerende en ontwijkende houding ten aanzien van kwaliteitsvraagstukken kan niet worden volgehouden in het huidige klimaat; bovendien biedt het ook kansen enerzijds te laten zien dat men zijn werk kwalitatief goed verricht, anderzijds ook onderscheidend te zijn in een door de overheid gepropageerde zorgmarkt. Daarom is er naast intrinsieke

ook extrinsieke, dwingende motivatie nodig, bijvoorbeeld (KNMG):

- Visitatie is noodzakelijk om in aanmerking te komen voor herregistratie als medisch specialist.
- Visitatie van alle maatschappen/vakgroepen is voor het ziekenhuis voorwaarde voor de accreditatie door het NIAZ.
- Certificering is een voorwaarde in het contract van de zorgverzekeraar, zowel voor intramuraal als voor extramuraal werkende medisch specialisten.
- Een ziekenhuis dat geen functionerend kwaliteitssysteem heeft en waar dientengevolge de aanwezige maatschappen/vakgroepen ook niet zijn gecertificeerd, krijgt geen toelatingsbeschikking van de overheid als instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis, ZBC of privé-kliniek).

Kwaliteitsvisitatie

De Commissie Visitatie Longgeneeskunde (CVL) van de NVALT hanteert sinds 2006 voor haar kwaliteitsvisitatie het vernieuwde visitatiemodel (CBO 2005). De ontwikkelingen hebben sindsdien niet stil gestaan. De Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie ingesteld door de Raad WOK heeft dit nieuwe visitatiemodel geëvalueerd en in haar rapport een aantal adviezen uitgebracht. Het advies om de conclusies en aanbevelingen in het visitatiereport toe te zenden aan de Raad van bestuur en de Medische staf is door de NVALT in haar ledenvergadering van 23 april 2010 overgenomen. Recent heeft collega Jukema hierover in Pulmoscript een update gegeven.

Richtlijnen

Evidence based richtlijnen zijn wetenschappelijk onderbouwde, landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg. Deze richtlijnen bieden artsen en andere zorgverleners ondersteuning bij de klinische besluitvorming. Richtlijnen besteden – idealiter - behalve aan klinische

aspecten ook aandacht aan veiligheid, doelmatigheid, patiëntenvoorkeuren, kostencomponenten en aspecten van implementatie. De NVALT (CRL) wil in de komende jaren de aandacht vooral richten op het onderhoud van richtlijnen en het stimuleren van het gebruik in de praktijk. Daarnaast participeert de NVALT in richtlijnen die ontwikkeld worden op initiatief van andere verenigingen.

Richtlijnen worden ontwikkeld volgens de EBRO (Evidence-based Richtlijn Ontwikkeling) - methodiek en voldoen aan de AGREE-criteria (Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation). De CRL heeft in 2010 een begin gemaakt met een heroriëntatie op haar taken. 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 2011. In praktische zin wordt er gewerkt aan een format voor de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen, die er vooral op gericht zal zijn om richtlijn-groepen steun te geven de ontwikkeling zo efficiënt mogelijk op te zetten.

IFMS

De vereniging stimuleert het participeren aan IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialististen) (deelname aan IFMS is inmiddels door de IGZ opgenomen in hun toezichtmodel). Longartsen dienen zich mede in te spannen om IFMS op te zetten in hun ziekenhuis als dat nog niet gerealiseerd is en leveren een actieve bijdrage aan het systeem. Waar de kwaliteitsvisitatie primair het functioneren van de maatschap/vakgroep betreft, richt IFMS zich in de eerste plaats op het functioneren van het individu. Omdat het functioneren van individuele specialisten direct invloed heeft op het functioneren van de maatschap kan in de kwaliteitsvisitatie wel aandacht besteed worden

aan het deelnemen van de longartsen aan IFMS en de consequenties die daaruit getrokken worden.

Indicatoren

Indicatoren (ook wel genoemd prestatie- of kwaliteitsindicatoren) zijn meetbare elementen van de zorgverlening die een aanwijzing geven over de kwaliteit van de geleverde zorg. Een indicator heeft een signaalfunctie: het is geen directe maat voor kwaliteit maar wijst op een bepaald aspect van presteren en kan aanleiding zijn tot nader onderzoek.

Een bruikbare indeling van indicatoren is die in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.

Structuurindicatoren geven informatie over de (organisatorische) randvoorwaarden waarbinnen zorg wordt geleverd.

Procesindicatoren geven informatie over de handelingen die binnen een zorgproces worden uitgevoerd om kwaliteit te leveren. Het kenmerk van procesindicatoren is dat ze direct beïnvloedbaar zijn: ze meten hoe (vaak) iets is gedaan.

Uitkomstindicatoren geven informatie over de uitkomsten van zorgprocessen gemeten op patiëntniveau. Uitkomstindicatoren zijn van veel factoren afhankelijk en daarom vaak moeilijk te herleiden tot directe patiëntenzorg.

Grofweg wordt vaak onderscheid gemaakt tussen 'intern' en 'extern' gebruik. Van intern gebruik van indicatoren is sprake wanneer men resultaten vergelijkt met 'zichzelf'. Hiermee kunnen zorgverleners hun eigen zorg monitoren en verbeteren. Voor deze interne vergelijking spelen variabelen zoals casemix geen grote rol. Van extern gebruik is sprake wanneer resultaten worden vergeleken met andere zorgverleners. Dat kan binnen de beroepsgroep zijn, maar ook daarbuiten. De marktwerking in de zorg heeft geleid tot de invoering van 'externe' indicatoren die gebruikt wor-

den voor toezicht (door de Inspectie voor de Gezondheidszorg), voor inkoop (door zorgverzekeraars) en als hulpmiddel bij het kiezen van zorgverleners (door patiënten). Enigszins verwarrend is dat het gebruik van indicatoren binnen de beroepsgroep (visitatie, benchmark) ook vaak als 'intern' gebruik wordt beschouwd.

De NVALT wil een (pro-)actievere rol spelen bij de totstandkoming en het gebruik van indicatoren voor externe verantwoording. Door zelf initiatieven te nemen kan worden voorkómen dat indicatoren worden opgelegd. Wel is het belangrijk dat de leden van de vereniging deze zelf voorgestelde indicatoren dan ook ondersteunen. Deze indicatoren kunnen vervolgens de longartsen helpen om inzicht te krijgen in de kwaliteit van hun handelen.

Complicatieregistratie

Aantallen complicaties zijn ook te beschouwen als indicatoren. Het betreft dan immers meetbare elementen die een indicatie geven van de kwaliteit van zorg. Een complicatie is lang niet altijd het gevolg van mindere kwaliteit, maar als een afdeling structureel meer complicaties registreert dan andere afdelingen, is dat wel een reden om te zoeken naar de oorzaak daarvan. Voor kwaliteitsverbetering is het noodzakelijk dat de complicaties op een eenduidige en eenvoudige manier worden geregistreerd en dat deze regelmatig besproken worden binnen de maatschap. Waar nodig dienen afspraken gemaakt te worden om complicaties te voorkómen.

Het effect van deze afspraken wordt gemonitord in de complicatieregistratie. In 2007 heeft de NVALT een nieuwe complicatielijst aangenomen. Deze lijst is opgebouwd volgens de eisen van de Orde van de Medische Specialisten middels de masterclassificatie. Hierbij worden complicaties in assen gescoord: orgaan/ plaats – aard van de complicatie – aanleiding. Daarbij is er ook een koppeling aan een patiënt - arts contact.

Certificering

De laatste jaren wordt toenemende druk uitgevoerd op de medische beroepsgroep door onder meer de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties om kwaliteitsindicatoren en volumenormen te ontwikkelen.

Eind november 2010 heeft de IGZ aan de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) meegedeeld, dat zij ervan uitgaat dat de wetenschappelijke verenigingen zelf begin 2011 minimum volumenormen vaststellen voor hoog complexe zorg die niet vaak voorkomt. De inspectie zal dit dan vanaf 2012 kunnen gaan handhaven.

Voor hoog complexe zorg die veel voorkomt (bijvoorbeeld de grote kankergroepen) verwacht de inspectie dat de wetenschappelijke verenigingen hiervoor uiterlijk eind 2011 normen vaststellen, inclusief volumenormen. Deze zal de IGZ hanteren vanaf 2013. Sommige wetenschappelijke verenigingen, zoals de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVH) en de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) hebben inmiddels volumenormen ontwikkeld. De NVALT zal op korte termijn voor de hoog complexe zorg kwaliteitsnormen moeten ontwikkelen. Daar horen volumenormen bij. Als de NVALT dit niet snel oppakt bestaat het gevaar dat longartsen een deel van hun core business kwijtraken aan andere specialismen, zoals bijvoorbeeld medisch oncologen.

Buiten de longoncologie zijn er andere aandoeningen denkbaar, waarbij de discussie zal (kunnen) gaan spelen aangaande volumenormen, daarmee samenhangend is er een mogelijkheid, dat speciale zorg (laag volume, hoge moeilijkheidsgraad) slechts nog in een aantal centra en door een aantal longartsen mag worden uitgevoerd. Voor bijvoorbeeld longtransplantatie (mede vanuit de wettelijke mogelijkheden en

beperkingen) is er reeds zo een centralisatie. Zo zijn er ook gebieden als interstitiële longziekten, cystic fibrosis, zeldzame vaataandoeningen, moeilijk behandelbaar astma e.d., die onder druk van de werkelijkheid en veranderende maatschappelijke inzichten een andere inbedding zouden kunnen krijgen.

Voorts zal de discussie er toe kunnen leiden, dat vanuit deze gedachte van certificering ook de opleiding anders vorm zou moeten krijgen. Indien zo, dan komt uiteraard het concilium hiermee direct in beeld.

Al met al ook hier een belangrijke taak om de komende periode hierover binnen de NVALT na te denken en een standpunt in te nemen.

Samenvattend:

In de statuten van de vereniging wordt vermeld, dat de NVALT zich ten doel stelt de bevordering van de studie van longziekten en tuberculose in de meest uitgebreide zin, de behartiging van de geneeskundige belangen op dit gebied alsmede de behartiging van de maatschappelijke belangen van de leden. De statutair geformuleerde algemene doelstelling betreft derhalve een wetenschappelijk aspect, een geneeskundig aspect (patiëntenzorg) en de beroepsmatige aspecten (beroepsbelangen).

Het kwaliteitsbeleid van de vereniging is in eerste instantie gericht op de geneeskundige zorg. Toch zullen de andere genoemde aspecten bij een heroriëntatie betrokken moeten worden. Het te herschrijven beleidsplan gericht op kwaliteit zal uiteindelijk integraal onderdeel moeten uitmaken van een algemeen beleidsplan.

De veelheid aan instrumenten heeft ook een keerzijde. Indicatoren bijvoorbeeld worden niet gezien als door de vereniging zelf ontwikkelde hulpmiddelen (immers van buiten af opgelegd), maar worden veelal ervaren als administratieve verplichting

en soms zelfs als bedreiging. Maar op basis van richtlijnen kunnen en zullen uiteindelijk indicatorensets ontwikkeld worden, waarbij bruikbaarheid en registreerbaarheid belangrijke aspecten zijn.

Om te komen tot een optimale kwaliteit van zorg ziet het bestuur het als een vereiste om een samenhangend beleid te formuleren voor de komende jaren. Hier wordt momenteel aan gewerkt. Dit beleid dient te kaderen binnen de recent verschenen "Kwaliteitskaders" van OMS en KNMG. Dit plan maakt het vervolgens voor de vereniging mogelijk om prioritering aan te brengen en keuzes te maken, met andere woorden proactief te handelen in plaats van reactief. In het kwaliteitsplan wordt aangegeven wat voor de vereniging belangrijke terreinen zijn, waarop het kwaliteitsbeleid zich moet richten. De verschillende kwaliteitsinstrumenten dienen daarbij zoveel mogelijk op elkaar afgestemd te worden.

Als gesteld dwingen de maatschappelijke veranderingen en eisen de NVALT pro-actief te reageren. Enkele doelen voor de nabije toekomst zijn daarmee als volgt:

- er is een samenhangend beleid met betrekking tot kwaliteitszorg, waarin ook onderhoud en borging van de kwaliteitsinstrumenten een plaats hebben;
- de kwaliteitsinstrumenten van de vereniging moeten up to date zijn;
- de longartsen in Nederland zijn op de hoogte zijn van dit kwaliteitsbeleid
- jaarlijks benoemen van 1-2 kwaliteitsprojecten;
- discussie over de wenselijkheid en het nut van certificering;
- procedure voor onderhoud en implementatie richtlijnen;
- betrekken richtlijnen in opleidings- en nascholingstraject;
- aandacht hebben voor veiligheid en doelmatigheid;

Algemene Informatie:

website KNMG
(<http://knmg.artsennet.nl>)

website OMS
(<http://orde.artsennet.nl>)

website NVALT
(<http://www.nvalt.nl/>)

website Kwaliteitskoepel
medisch specialisten
(<http://www.kwaliteitskoepel.nl/>)



Opleiding in de kijker: Medisch Centrum Alkmaar

Wat maakt een opleiding bijzonder? In deze rubriek laten we de AIOS aan het woord. Ditmaal spraken we vijf arts-assistenten uit het Medisch Centrum Alkmaar: Anna de Boer, Dominic Snijders, Willemijn Theelen, Funda Yurd en Henk-Jan Prins.

Waarom ben je trots op je opleiding?

Anna: Omdat het een perifere kliniek is waar toch veel onderzoek wordt gedaan.

Funda: En waar je breed wordt opgeleid. We hebben veel pijlers in huis: infectieziekten, longfunctie, eerste hart-longhulp. Het gebeurt niet vaak dat we een patient moeten doorverwijzen.

Dominic: Vanwege het hoge niveau dat iedereen bereikt, en de bereidheid van iedereen om een stap harder te zetten voor je collega's.

Willemijn: En vanwege de goede

opleidings sfeer.

Henk-Jan: Ik denk dat er binnen de opleiding ruimte is voor iedereen om tot bloei te komen. Daarbij vind ik dat de longartsen bevlogen hun werk doen, inspireren en motiveren.

Wat kan beter?

Anna: Soms is er wat personeelsgebrek waardoor stages in het gedrang komen.

Henk-Jan: Er zijn altijd dingen die beter kunnen, zoals bijvoorbeeld de structuur van de avondoverdracht en de werkruimte van de assistenten op de afdeling.

Willemijn: De werkdruk is soms hoog. Daarbij mag het niveau soms wat 'academischer' zijn.

Dominic: De individualisering van de opleiding kan beter. Het is soms moeilijk om je te verdiepen tijdens je opleiding. Ook mogen we intellectueel nog wel wat meer uitgedaagd worden. Opleiding en onderzoek

zijn toch meestal ondergeschikt aan productie.

Funda: Ook de supervisie van met name jongere assistenten zou soms wat beter kunnen.

Wat ga je het meest missen als je hier straks weg bent?

Anna: Alle collega's en hun laagdrempeligheid. Hardlopen met je baas, en daarna bij hem thuis aanschuiven voor het eten.

Henk-Jan: De goede sfeer en de jaarlijkse reis naar Ibiza.

Funda: De sfeer van een "klein ziekenhuis", hoewel het MCA een grote kliniek is, waardeer ik zeer.

Willemijn: Het groepsgevoel en de collegialiteit.

Dominic: Discussies, koffiemomenten, hangmomenten, behandelkamer momenten, lunchpauzes aan een ronde tafel, fietstochten in de duinen, etentjes in Amsterdam, de geborgenheid van een groot maar toch o zo klein ziekenhuis...

Omschrijf je opleider in één zin.

Anna: Mag het ook in twee woorden? Willie Wortel.

Willemijn: Joost mag het weten.

Dominic: Een mooie combinatie van evidence based medicine en Wikipedia; stel een vraag (maakt niet uit waarover) en het antwoord komt onderbouwd terug.

Funda: Uiterst intelligente man met een luisterend oor wanneer nodig, en een enorm gevoel voor humor!

Henk-Jan: Ongelofelijk intelligent. Van chaos tot varkensreuzel: Joost weet niet overal een beetje van, maar van alles een hoop.



V.l.n.r.: Henk-Jan Prins, Karin Grijm, Niels Patberg (AIOS AMC), Eva Lamboo, Dominic Snijders (achter Eva), Willemijn Theelen, Tjeerd Haitjema, Suzan Nijman, Martijn Kross, Wendy Burgersdijk.



V.l.n.r.: bovenste rij: Wim Boersma, Henk-Jan Prins; middelste rij: Ben Tomlow, Casper de Graaff, Dominic Snijders, Karin Grijm; onderste rij: Anna de Boer, Joost van den Aardweg, Willemijn Theelen, Kris Mooren, Eva Lamboo, Funda Yurd, Marijn Smits-Zwinkels (VUMC), Jose de Kluijver (nu: Reinier de Graaf Gasthuis)

Feiten en cijfers

Aantal AIOS (incl. vooropleiding):	12
Aantal arts-onderzoekers:	1
Aantal longartsen in maatschap:	7
Laatste 5 'afgeleverde' longartsen:	Dewi Tjong (Flevo ZH), Hans Daniels (VUMC), Sayed Hashemi (VUMC), Menno van der Eerden (Erasmus MC), Gwendolyn Koster (Amstelland ZH)
Uitwisseling met:	VUMC, AMC, NKI-AvL
Aantal bedden:	44
Speerpunten:	longfunctie, infectieziekten, eerste hart-longhulp

Lopend en recent afgerond wetenschappelijk onderzoek van AIOS

Infectieziekten, onder leiding van Wim Boersma:

1. Bronchiectasis and Azytromycin

2. CAPISCE-study: Community Acquired Pneumonia: an intervention study with corticosteroids: Adjuvant prednisolon bij patienten

3. CATCH-study: CRP-guided Antibiotic Treatment in COPD exacerbations admitted to the Hospital (Henk-Jan Prins)

Fysiologie, onder leiding van Joost van den Aardweg:

1. Behandeling van centraal slaap apneusyndroom en Cheyne-Stokes ademhaling met een dode ruimtemasker. (Anna de Boer.)
2. FOT bij patienten met overgewicht en expiratoire flow-limitatie. (Fredrike Oomen.)

Jouw opleiding volgende keer in deze rubriek? Mail dan naar pulmoscript@nvalt.nl



Voorkom problemen met uw herregistratie!

15% van onze leden hebben het persoonlijk dossier in GAIA nog niet geactiveerd.

Vraag nogmaals uw gegevens op via <https://www.pe-online.org/login>.

Heeft u nog steeds problemen, neem dan contact op met de KNMG Artseninflijn (030) 28 23 322, e-mail artseninflijn@fed.knmg.nl.

GAIA en uw privacy

Aanbieders van nascholing kunnen uw behaalde nascholingspunten aan uw persoonlijk dossier toevoegen. Maar alleen u kunt uw dossier inzien. Wetenschappelijke en beroepsverenigingen hebben net als de aanbieders van bij- en nascholing dus geen inzage in uw dossier. Uw gegevens binnen GAIA worden vertrouwelijk behandeld en worden niet beschikbaar gesteld aan derden. De gegevens worden alleen gebruikt voor het registreren van de gevolgde bij- en nascholing en de behaalde accreditatiepunten.

De voordelen van GAIA

- Accreditatiepunten van in Nederland gevolgde scholing kunnen automatisch worden bijgeschreven.
- U kunt met één druk op de knop uw verzamelde nascholingspunten aanbieden aan de registratiecommissie voor uw herregistratie.
- U hebt snel en gemakkelijk inzicht in de bij- en nascholing van uw eigen wetenschappelijke of beroepsvereniging.

Kortom:

GAIA is absoluut noodzakelijk en levert u bovendien veel gemak en tijdswinst op.

Voor overige vragen m.b.t. tot het GAIA-systeem kunt u contact opnemen met anja@nvalt.nl

Anja van Beijsterveldt

Huidige diagnostische technieken overbodig?

Eind november heeft het Bronkhorst Colloquium in Veldhoven weer plaatsgevonden. Als commissielid van dit colloquium had ik het voorrecht om dit bij te wonen, hetgeen voor mij de eerste keer was. Ditmaal was het onderwerp 'Update van relevante technieken in de longziekten'. Hoewel dit colloquium met name door specialisten bezocht wordt, waren we met 30 AIOS ook goed vertegenwoordigd. Na een voor de meesten gewone werkdag en reis naar hotel Koningshof in Veldhoven werd aangevangen met een presentatie over bronchiale thermoplastiek als behandeling van therapieresistent astma. Dirk Jan Slebos vertelde zeer enthousiast en overtuigend over deze veelbelovende behandeling met blijvend effect na enkele jaren. Vervolgens

werd dit verhaal enigszins afgezwakt door Peter Sterk. Ook kwamen er doortastende vragen/opmerkingen uit het publiek: "Bij astma zit het probleem

**WORDEN LONGFUNCTIE-
ONDERZOEKEN EN CT-SCANS
STRAKS OVERBODIG?
WIE WEET, MAAR
VOORLOPIG ZULLEN WE
HET TOCH MOETEN DOEN
MET DEZE WELLICHT
OUDERWETSE EN SOMS
TIJDROVENDE TECHNIEKEN**

toch in de kleine luchtwegen. Hoe is het te verklaren dat deze techniek, waarbij de middelgrote luchtwegen worden aangepakt, werkt?". Hierop

ontstond een interessante discussie. Een niet verrassende conclusie was dat nader onderzoek geïndiceerd is om enerzijds meer inzicht te krijgen in de precieze werking van deze techniek en anderzijds om het effect van deze behandeling verder te bewijzen. Kortom: een prikkelend begin van dit colloquium.

De dagen erna was er een goed gevuld en afwisselend programma met plenaire lezingen en interactieve workshops over uiteenlopende onderwerpen van transthoracale echografie tot nieuwe toepassingen van beeldvorming binnen de longziekten. Een buitengewoon boeiende lezing ging over de analyse van uitademingslucht bij COPD; een techniek die mogelijk in de toekomst ook bij andere ziektebeelden bruikbaar





zal zijn. Worden longfunctieonderzoeken en CT-scans straks overbodig? Wie weet, maar voorlopig zullen we het toch moeten doen met deze wellicht ouderwetse en soms tijdrovende technieken.

Ik kan weliswaar niet vergelijken met voorgaande jaren, maar ik ben zeer enthousiast over dit goed georganiseerde colloquium. Dus ik verheug me op volgend jaar. We zijn al druk bezig met het programma hiervan. Inmiddels is het thema geen geheim

meer: Intensive care. Onderwerpen die aan bod zullen gaan komen zijn wederom zeer uiteenlopend, van instellen van beademing tot aan pulmonale diagnostiek op de intensive care. Ook zal er volop ruimte zijn voor ethische aspecten. Interessant voor iedereen, maar zeker voor de AIOS, die hiermee veelvuldig te maken krijgen. Reden genoeg dus om er volgend jaar ook bij te zijn. Eind november 2012 zal het colloquium in Nederland plaatsvinden en in februari 2013 in België. Zorg dat je je tijdig inschrijft, want voor je het

weet, zit de inschrijving alweer vol. Uiteraard zijn er ook andere interessante congressen en cursussen. Kijk hiervoor op de congresagenda van de NVALT website.

Tenslotte wil ik jullie attenderen op de jaarlijkse assistentendag die dit maal al vroeg in het voorjaar plaatsvindt, namelijk op zaterdag 21 april 2012 in Utrecht. Nadere informatie hierover volgt, maar houdt deze dag alvast vrij.

Marijne Smits



Richtlijn CAP

De richtlijn "Diagnostiek en behandeling van de community-acquired pneumonie (CAP)" van NVALT (2003) en de SWAB richtlijn "Herziene SWAB-richtlijnen voor antimicrobiële therapie bij thuis-opgelopen pneumonie (2005)" waren aan vervanging toe. In de ad-hoc werkgroep waren namens de NVALT drie personen (Roel Aleva, Wim Boersma en René Jonkers) vertegenwoordigd. Als uitgangspunt werd de vorige SWAB richtlijn genomen, waarbij belangrijke elementen uit de NVALT richtlijn zoals het radiologisch onderzoek bij CAP en diagnostiek en behandeling van parapneumonische effusie werden gevoegd. Op basis van 14 van tevoren gestelde vragen (key questions) vond een structureel literatuuronderzoek plaats. De tekst van de richtlijn kwam tot stand door middel van wetenschappelijke onderbouwing. Daar waar nodig was, werd gebruik gemaakt van de mening en ervaring van verschillende werkgroepleden. Besloten werd een paragraaf "Update since 2005 guideline" op te nemen. Om het document beter toegankelijk te maken voor internationaal geïnteresseerden is het in de Engelse taal gepubliceerd. Uiteindelijk werd het document eind september 2011 afgerond en tijdens de najaarsvergadering van de NVALT op 7 oktober 2011 goedgekeurd.

Het lijvige document is na te lezen op de NVALT site (<http://www.nvalt.nl/service/richtlijnen>) of op de site van de SWAB (<http://www.swab.nl/richtlijnen>). Hieronder vind u de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de vorige

richtlijnen (NVALT/SWAB) en tevens de belangrijkste tabel en figuur van de richtlijn.

WHAT'S NEW SINCE THE 2005 GUIDELINES WHERE PUBLISHED?

- The Dutch Working Party on Antibiotic Policy (SWAB) and The Dutch Association of Chest Physicians (NVALT) published their guideline on the management of community acquired pneumonia (CAP) in 2005 and 2003 respectively. Now the SWAB and NVALT have decided to make their revisions a combined effort, and to publish a joined guideline on the management of CAP. The SWAB/NVALT guideline presented here describes most relevant aspects of antibiotic and non-antibiotic treatment of CAP most relevant to the Dutch situation.
- As an addition to the previous guideline, specific recommendations were developed for the following areas which are of importance in the diagnosis and treatment of patients with CAP: on the role of radiological investigations in the diagnostic work-up of patients with a clinical suspicion on CAP, on the potential benefit of adjunctive immunotherapy for patients with CAP, and on the policy for patients with parapneumonic effusions.
- Concerns regarding increased microbial resistance and the emergence of known zoonoses have grown in recent years. The resistance of *S. pneumoniae* to macrolides (10%) and doxycycline (7-11.5%) has increased, which limits these options for empirical treatment of CAP. In the Netherlands, it is not necessary to take into account a decreased sensitivity of *S. pneumoniae* to penicillin, except for patients who have recently returned from a foreign country where penicillin resistant *S. pneumoniae* is prevalent. Penicillin-resistant *S. pneumoniae* (PRPS) can be treated by increasing the dose of penicillin to 2 million IU 4dd1 (q6h) (or continuous infusion) or 2000 mg ceftriaxone once daily. In the Netherlands Q-fever has evolved from a sporadically occurring infection to a regional epidemic with almost 2500 confirmed episodes of *Coxiella burnetii* infection in 2009, although data from 2010 and 2011 suggest that the incidence of human infections is declining. Infection with *C. burnetii* has to be considered as an occupational hazard and in endemic areas.
- Colonisation and infection with *H. influenzae* or *M. catarrhalis* is mainly seen in patients with COPD, but the absolute risk of invasive *H. influenzae* or *M. catarrhalis* in COPD patients with CAP is so small that it is not recommended that *H. influenzae* and *M. catarrhalis* be covered in these patients by the initial empirical therapy.
- Newer diagnostic tests for the identification of respiratory pathogens, such as urine antigen tests, are becoming increasingly available. The routine use of the *Legionella* urinary antigen test has become standard-of-care in patients with severe CAP in many institutions (**figure 1**).

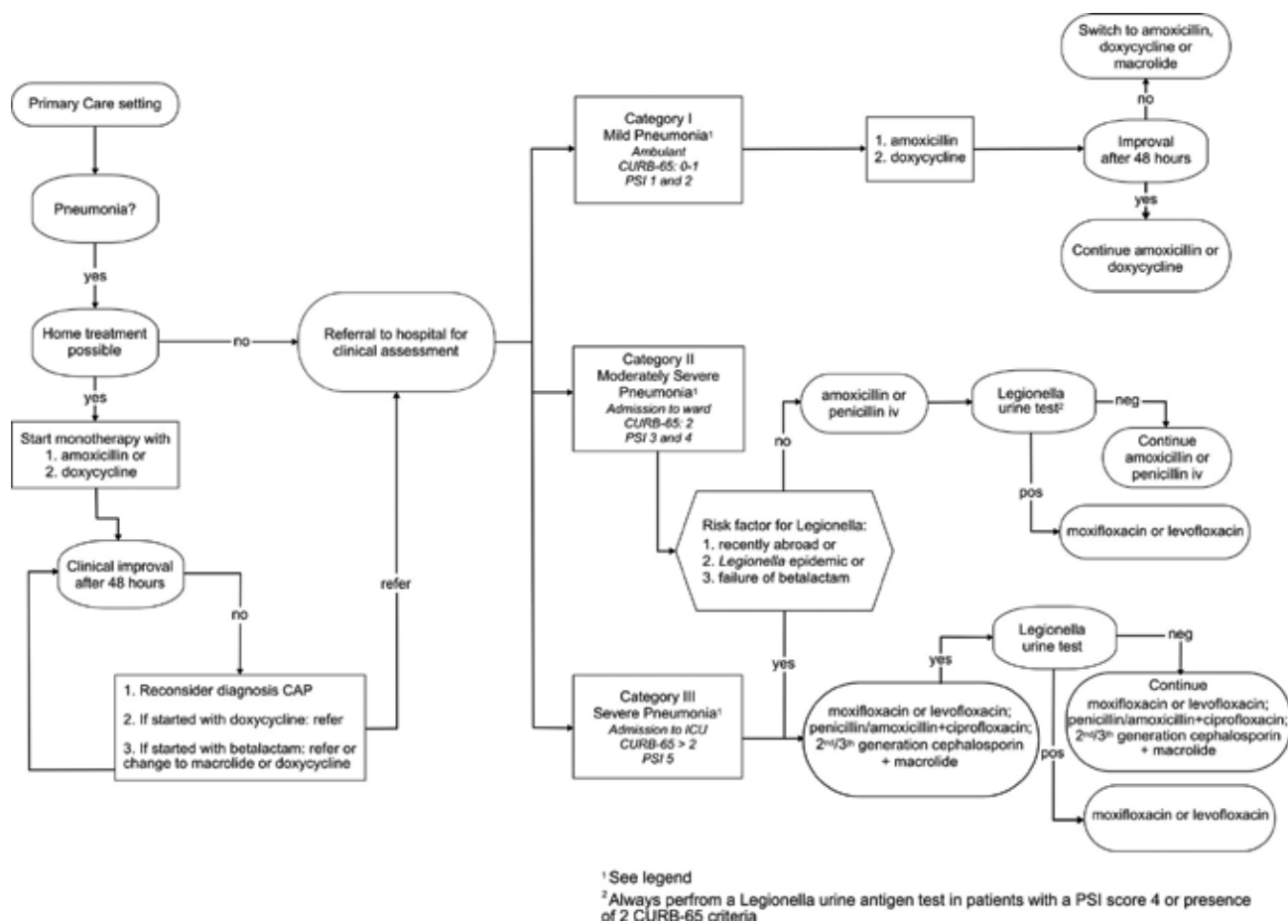


Figure 1. Flow chart of guideline recommendations on antibiotic treatment of CAP

- Macrolides should not be used as initial therapy. They can be used in the event of penicillin allergy and when doxycycline cannot be used due to pregnancy or lactation. If doxycycline is given, start with a loading dose of 200 mg.
- In the event of penicillin allergy, give a 2nd or 3rd generation cephalosporin or moxifloxacin.
- In the event of aspiration, the possibility of anaerobes or enterobacteriaceae should be taken into account: penicillin is replaced by amoxicillin-clavulanate.
- In the case of fulminant pneumonia after an episode of influenza, penicillin is replaced by a beta-lactam antibiotic with activity against *S. aureus*. If CAP occurs directly fol-

lowing an episode of influenza, the influenza should also be treated pending results from PCR testing.

- Patients with documented colonization of the respiratory tract with *Pseudomonas spp* receive penicillin plus ceftazidime or ciprofloxacin for category II and penicillin plus ciprofloxacin for category III.
- Recommended treatment options for severe CAP (monotherapy with a 4th generation quinolone; combination therapy with penicillin (or amoxicillin) and ciprofloxacin or combination therapy with a 2nd or 3rd generation cephalosporin and macrolide) are considered to be 3 equally acceptable choices, all with excellent antimicrobial activity against all expected causative agents. The choice is dependent, on the one hand, on the risk of development of antimicrobial resistance at the population level; on

the other hand, the costs, the ease of administration and the profile of side-effects play an important role.

- *Legionella* pneumonia should be treated with a fluoroquinolone. Most evidence is available for levofloxacin.
- For patients with CAP who recently visited a country with a high prevalence of penicillin-resistant *S. pneumoniae* (PRPS) the dose of penicillin is increased to 2 million IU 6 dd (or continuous infusion) or 2000 mg ceftriaxone once daily is given.
- A urinary antigen test for *S.pneumoniae* should be performed in all patients treated as severe CAP. In patients with a positive test result and without another pathogen detected, antibiotic treatment can be streamlined to amoxicillin or penicillin once clinical stability (often within 48 hours) has been reached.

The urinary pneumococcal antigen test is highly specific for demonstrating an etiologic role of *S. pneumoniae* in adult patients with CAP. Empiric therapy for CAP should however always cover pneumococci, and as the specificity of the test is around 90%, one should not withhold antibiotic coverage for atypical pathogens in a patient with CAP if the pneumococcal urinary antigen test is positive. Therefore, the use of the pneumococcal urinary antigen test has no consequences for the choice of initial antibiotic therapy in patients with CAP. However, in patients with severe CAP in whom have a *S. pneumoniae* urinary antigen test is positive and in whom no other pathogen is detected, antibiotic treatment can be simplified to penicillin or amoxicillin once the patient is clinically stable (often within 48 hours).

New PCR tests for atypical bacteria, such as *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila* and *C. burnetii* should be validated in local settings and as long as such studies have not been performed, no recommendations about their use can be made. Procalcitonin (PCT) and – to a lesser extent - soluble Triggering Receptor Expressed on Myeloid cells (TREM)-1, are proteins that are generally upregulated during bacterial infection when compared to for instance viral infection. However it remains to be seen if their positive and negative predictive value will warrant their use in routine medical practice.

- Disease severity can be classified into mild, moderately severe and severe CAP, according to three scoring systems:
 - Pneumonia Severity Index
 - CURB-65 score
 - Pragmatic classification (treatment at home; admission to general ward and icu admission)

The committee does not prefer one of the three sets of criteria and

leaves the decision to the users of the guideline. However it is recommended that users select only one of these scores for daily use.

- In general, if adult patients with mild to moderate-severe CAP are treated with a β -lactam antibiotic or fluoroquinolone (**table 1**), the length of antibiotic treatment can be shortened to 5 days in those patients who improve substantially after 3 days of treatment. PCT measurements are useful for shortening the duration of antibiotic therapy in patients with CAP who are treated for 10 days or more. The guidelines committee does not recommend the use of PCT to tailor the duration of antibiotic therapy in patients with CAP when standard treatment duration is limited to 5 to 7 days.
- Because of the more favourable susceptibility profile of *S. pneumoniae* to amoxicillin compared to doxycycline, the guidelines committee recommends amoxicillin as first choice therapy (**figure 1 en table 1**) for initial treatment of patients with mild CAP. This is in line with the recent practice guidelines of the Dutch College of General Practitioners (NHG). Amoxicillin is recommended as first choice of therapy in moderately severe CAP as well. The recommendation regarding empirical therapy for patients with severe CAP, namely moxifloxacin or the combination of a beta-lactam antibiotic and a macrolide, has remained unchanged. Of note, because of the risk of increased mortality of delayed therapy for *Legionella* spp in patients with severe CAP, it is recommended that this pathogen be covered empirically in this patient population.
- The benefit of combination antibiotic therapy for bacteremic pneumococcal pneumonia is supported by several observational (mostly retrospective) studies.

However, at the moment the committee considers that the available evidence is not sufficient to recommend combination therapy for patients with bacteremic pneumococcal pneumonia.

- During annual epidemics of influenza, which usually occur from late fall to early spring in the Netherlands, influenza should be considered in patients presenting with CAP. PCR results from nasopharyngeal swabs are considered the most reliable indicator for influenza virus replication in the human body. Antiviral treatment is recommended for patients with confirmed or suspected influenza who have complicated illness, for instance pneumonia. Oseltamivir is the recommended antiviral medication of choice as recent viral surveillance and resistance data indicate >99% susceptibility among currently circulating influenza virus strains.
- If CAP occurs directly following an episode of influenza, the influenza should also be treated pending results from PCR testing. In the case of (suspected) oseltamivir resistance treatment with zanamivir is recommended. It has to be mentioned however that at the moment zanamivir for intravenous use is not registered in the Netherlands.
- In cases of fulminant pneumonia after an episode of influenza, penicillin should be replaced by a beta-lactam antibiotic with activity against *S. aureus*.
- Recently concerns have arisen about the potential unintended consequences of implementation of a rule that antibiotics be started within 4 hours of admission in suspected CAP. Although these guidelines emphasize the importance of the rapid first dose of antibiotics, maximal effort should be made that this recommendation does not cause the inaccurate diagnosis of CAP

Severity	Antibiotic	Route	Dose	Freq.
Mild pneumonia				
1 st choice	Amoxicillin	oral	500-750 mg	3-4 dd
	Doxycycline	oral	100 mg (first dose 200 mg)	1 dd
2 nd choice	Phenethicillin	oral	500 mg	4 dd
Moderately severe pneumonia				
1 st choice	Penicillin	IV	1 ME	4 dd
2 nd choice	Amoxicillin	IV	1000 mg	4 dd
Severe pneumonia				
Monotherapy	Moxifloxacin	IV / oral	400 mg	1 dd
Combination therapy	Penicillin	IV	1 ME	4 dd
	Ciprofloxacin	IV / oral	400 mg (po 500 mg)	2 dd
Combination therapy	Penicillin	IV	1 ME	4 dd
	Erytromycin	IV	500-1000 mg	4 dd
Combination therapy	Ceftriaxone	IV	2000 mg	1 dd
	ór Cefotaxime	IV	1000 mg	4 dd
	Erytromycin	IV	500-1000 mg	4 dd

Table 1. Guideline for the choice of initial therapy for community-acquired pneumonia

and/or inappropriate utilization of antibiotics.

- Over the last decade, a range of potential immunomodulating therapies has been investigated to use in pneumonia, among others prednisolone, activated protein C, recombinant tissue factor pathway inhibitor and granulocyte-colony-stimulating factor. Because of insufficient evidence for their

efficacy, adjunctive immunotherapy for patients with CAP is not currently recommended.

- The guidelines committee has recommended that the process indicators published in the 2005 guidelines should remain in use as internal Quality Improvement (QI) indicators for local QI projects. However, they are not

valid performance indicators for comparison between hospitals.

Veel leesplezier. Mochten er vragen of onduidelijkheden zijn betreffende de richtlijn, neem dan contact op met van één de onderstaande collega's.

Wim Boersma (w.boersma@mca.nl)

Roel Aleva (r.aleva@mmc.nl)

René Jonkers (r.e.Jonkers@amc.uva.nl)

“De laatste bijdrage”



Via opleidingsmaatje Remco Djamin ontving ik de Pulmopen, waar ik verguld mee ben: Dit stukje was altijd favoriet door inhoud en door de afbeelding van een vulpen, waarmee ik zelf nog altijd schrijf. Deze figuurlijke “wisselpen” is vanaf december 1994 nu voor de laatste (67ste) maal doorgegeven, waarbij aan de oorspronkelijke doelstelling (de houder mag alles ventileren wat betrekking heeft op het longartsenvak in al zijn facetten) ruimschoots is voldaan. Hieraan zat ik te denken toen ik in de trein vanuit Utrecht zat, waar ik de NVALT vergadering had bezocht. De oogleden werden zwaar terwijl mijn gedachten terug gingen naar al die Pulmopen stukjes: er was altijd wel wat! Ook nu bevinden we ons in een roerige tijd: Ik dacht terug aan de vergadering, waarin we mochten stemmen over een initiatief tot accreditatie voor ons aandeel in slaap gerelateerde ademhalingsstoornissen en zag Henk Hassing weer voor me, die vanuit de WAS enthousiast een presentatie gaf, waarin hij vanuit de bedoeling het niveau van dit deel van onze longgeneeskundige zorg te verhogen en vast te houden de vergadering wilde bewegen vooral direct volmondig in te stemmen met de gedetailleerde plannen (werd ik allergisch voor de woorden kwaliteit en borging die ik onbewust had vermeden?). Wat moest ik hier nu van vinden? Inderdaad voelde ik ook de behoefte het werk dat ik doe en de zorg die ik verleen naar beste vermogen te verrichten. En inderdaad zijn er richtlijnen die ons daarbij ten dienste staan. En er mag best naar ons handelen gevraagd worden. Maar voldoe ik altijd wel volledig aan de letter van de richtlijn? Is mijn geleverde zorg daarom onvoldoende en moet dit dan vanuit de NVALT zelf op heel gedetailleerde wijze beoordeeld worden, zodat wanneer we niet uitkijken onze eigen vereniging ons indirect de nek omdraait in plaats van een ander? Het zal niet zo bedoeld zijn, maar ik moet hierbij toch denken aan Joop Spijker, oud longarts MCL, die zei: “Iedereen wil je altijd

wel helpen, maar dan wel van je praktijk af!” En de richtlijnen worden ook steeds uitgebreider en complexer! Hier bespeur je ook duidelijk invloed vanuit hogere sferen (zoals academie en tertiaire centra) met een zwaar accent op de wetenschappelijke verantwoording en daaruit voortvloeiende vergaande eisen en acties, terwijl de praktijk hier soms zo haaks op staat: zo vertrouwde een huisarts mij onlangs nog toe dat er van zijn praktijk slechts 27 van de 90 personen die inhalatiemedicatie gebruikten hadden gereageerd om een afspraak te maken voor het thematisch spreekuur met de POH-er! Leve de COPD standaard en ketenzorgbeweging! Maar de andere partijen in het “zorgveld”, zoals patiëntenvereniging en niet te vergeten de ziektekostenverzekeraars beoordelen ons steeds vaker, niet zozeer op inhoudelijke kennis, maar op indicatoren die uit dergelijke richtlijnen worden opgediept.

“Heb je gezien, dat er ook een voorstel is gekomen van de werkgroep oncologie ten aanzien van het minimale aantal patiënten dat je per jaar zou moeten doen?”, vroeg mijn reisgenoot, waardoor ik plots bemerkte dat ik was ingedommeld. Ik had inderdaad vluchtig naar “normering van oncologische zorg in NL” gekeken en was met name door enkele zaken getroffen, zoals de zin waarin het doel werd verwoord: “Om te komen tot een uniform multidisciplinair kwaliteitskader voor de oncologische zorg in Nederland ter bevordering van kwaliteit en transparantie hiervan.” Vervolgens werd aangegeven dat je alleen nog longkanker mocht behandelen wanneer je per jaar minimaal 200 patiënten met longkanker behandelde en minimaal 20 resecties (met optie van VATS) deed. Nu deden we dat in ons ziekenhuis wel, maar ik moest toch ook denken aan collegae die ik goed ken en die prima zorg verlenen aan deze groep patiënten, die onder zogenaamde “high risk- high volume zorg” valt. Mogen die bijvoorbeeld

de oudere longkankerpatiënt met flinke comorbiditeit niet meer dicht bij huis behandelen? Moeten deze mensen bijvoorbeeld voor complicaties van de chemotherapie naar het “grote ziekenhuis” gaan reizen? En hoe zien we dan nog de wens van de politiek de zorg juist dicht bij de mensen te houden en de huisarts (1e lijn) een meer prominente plek te geven? Die huisarts op grotere afstand is voor zo’n longcentrum niet meer dan een adres waar de correspondentie naartoe moet. Ik hoorde mijn meereizende collega zeggen: “Ik moet morgen naar de eerste vergadering van “Friesland Voorop”, kun jij mijn dienst dan even waarnemen? “Prima”, zei ik werktuigelijk en mijn gedachten dwaalden af naar dit groots aangekondigde initiatief van de zorgverzekeraar gestimuleerd door de politiek: “om te komen tot herinrichting van het zorglandschap in Friesland als proeftuin voor heel Nederland.” Alsof we al niet als ziekenhuizen zelf waren gekomen tot een zekere taakdifferentiatie. Men kan ook teveel willen concentreren en niet efficiënter worden, zo betoogden ook Wiggers en Wymenga (Vereniging van samenwerkende ziekenhuizen) op persoonlijke titel in het oktobernummer van Medisch Contact. Daarbij bedacht ik me, dat ik er niet aan moest denken allerlei deelgebieden van mijn vakgebied af te moeten staan aan een collega elders, die toevallig in een ziekenhuis werkt, waarvan de directeur dit uit de onderhandeling naar zich toe heeft weten te trekken. Vooral ook weer sneu voor die patiënt die toevallig meerdere aandoeningen heeft die in verschillende ziekenhuizen behandeld moeten worden.

Met een schok werd ik wakker: Was het omdat de trein stilstond op station Leeuwarden, of was het omdat ik ineens het gevoel had dat mijn beroep als longarts, waar ik trots op ben, ernstig bedreigd leek te worden?

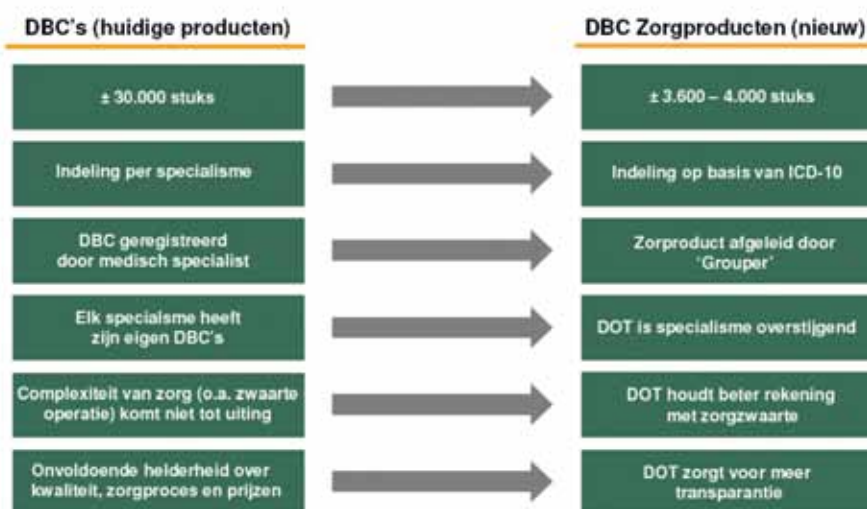
Jan van der Maten

Zeg moet DOT nu?

DBC opweg naar transparantie

In 2012 gaat een hoop veranderen in de bekostiging van de gezondheidszorg. In de eerste plaats gaan we over van een functionele bekostiging (FB budget) naar een prestatiebekostiging, zij het wel nog met een vangnet voor de ziekenhuizen. Het B segment zal worden uitgebreid van 30 naar 70 %, waarbij nagenoeg de hele longgeneeskunde in het B segment terecht komt.

Daarnaast gaan we over van de DBC systematiek naar de DOT systematiek waarbij gedeclareerd gaat worden via afgeleide zorgproducten.



De tabel hierboven geeft de grote verschillen tussen DBC en DOT tijdperk weer.

Een belangrijke verandering bij de overgang naar DOT is dat de behandelassen van de huidige DBC's verdwijnen. Bij het openen van de DBC (bij DOT traject genoemd) wordt door de dokter evenals voorheen een diagnose geregistreerd.

Afsluiting van de DBC kan niet meer actief worden gedaan, maar gebeurt automatisch op bepaalde afsluimomenten. Deze momenten zijn beschreven in het document registratie- en afsluitregels van DBC onderhoud (www.dbconderhoud.nl). Hierin staat ook een combinatietabel met diagnoses die niet parallel kunnen worden geregistreerd (bv COPD en astma).

Registraties DOT versus DBC

activiteit	DBC	DOT
Openen DBC	□	Openen subtraject (autom.)
(DBC) Zorgtype	□	□
(DBC) Zorgvraag	□	□
(DBC) Diagnose	□	□
(DBC) Behandel-as	□	×
Verwijzer	×	□
'Verwacht zorgproduct'	×	□
Afsluiten DBC (declareren)	□	Sluiten subtraject (autom.)
Verrichtingen/ zorgactiviteiten (= zorgprofiel)	□	Zorgactiviteiten Dure geneesmiddelen Add on's
Machtigingen (indien van toepassing)	□ per DBC	□ per zorgactiviteit



De automatisch afgesloten subtrajecten worden vervolgens door een centraal in het land staande grouper afgeleid via bomen (indeling volgens ICD-10) tot declareerbare zorgproducten.

Een voorbeeld van een boom (in dit geval voor astma) is hiernaast weergegeven.

<https://zorgproductenviewer.dbconderhoud.nl>

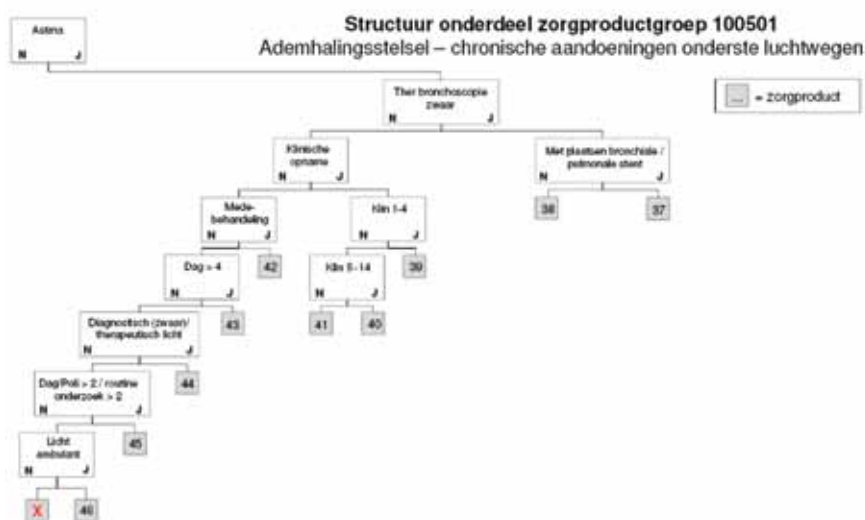
Het is essentieel dat alle verrichte zorgactiviteiten (bv het plaatsen van een drain) goed worden geregistreerd om zo tot het juiste zorgproduct te komen. Het niet registreren van een activiteit kan leiden tot een lager in de boom gelegen zorgproduct met een daarbij behorend lager honorarium en een lagere opbrengst voor het ziekenhuis (terwijl de kosten wel gemaakt zijn).

Het hele DOT proces is hiernaast in een schema nog eens samengevat

Op 17 november 2011 is er een drukbezochte (90 deelnemers) NVALT bijeenkomst geweest over DOT in Utrecht. Op deze door de DBC-DOT projectgroep georganiseerde informatie avond zijn uitgebreide toelichtingen gegeven door Steven Dreviers (lid projectgroep DBC-DOT NVALT) en Ernst Ziere (secretaris kamer Vrij Beroep van de OMS).

Voor diegenen die niet aanwezig konden zijn of het een en ander nog eens rustig na willen lezen zijn de uitgebreide presentaties met uitleg over registratieregels, bomen, zorgproductenviewer met alle mogelijkheden, verdeelmodel, medische toelatingsovereenkomst, te downloaden vanaf onze website (www.nvalt.nl).

Hans Grotjohan,
voorzitter DBC-DOT projectgroep.



Wat gebeurt er in de afleiding?

- Inzage in de productstructuur
 - [Zorgproductenviewer.dbconderhoud.nl](https://zorgproductenviewer.dbconderhoud.nl) (landelijk)
 - [Apple iPad app ZorgproductviewerCasemix](#) (landelijk)
 - Lokale tooling indien aangeschaft (Logex, Casemix)
- Analyse per vakgroep voor inzicht van 'oud' naar 'nieuw'
 - Top DBC naar belangrijkste DOT-bomen
 - Hoe werkt afleiding precies
 - Waar zitten aandachtspunten en/of kansen

Gedragmatige begeleiding bij stoppen met roken blijft in het basispakket

Dit jaar wordt gedragmatige begeleiding in combinatie met farmacologische ondersteuning vergoed vanuit de basisverzekering. Vanaf 2012 is dit stoppen-met-rokenprogramma geen verzekerde zorg meer. Effectief bewezen gedragmatige begeleiding bij stoppen met roken blijft daarentegen nog wel vergoed vanuit de basisverzekering. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal dit in een nieuwe beleidsregel beschrijven.

Een aantal berichtgevingen in de media kondigen aan dat hulp bij stoppen met roken volgend jaar uit het basispakket verdwijnt. Voor een deel klopt deze mededeling. Nicotinevervangers en medicijnen bij stoppen met roken zullen inderdaad in 2012 uit het basispakket verdwijnen. Gedragmatige begeleiding wordt daarentegen ook in 2012 vergoed vanuit de basisverzekering. Dit zal de NZa uitwerken in een nieuwe beleidsregel over de inkoop van stoppen-met-rokenbegeleiding. Deze beleidsregel maakt het voor zorgaanbieders mogelijk om begeleiding bij stoppen met roken te declareren bij de zorgverzekeraars. Voor het afsluiten van contracten zal de zorgverzekeraar zich baseren op deze nieuwe beleidsregel. Hierdoor blijft de inkoop van stoppen-met-rokenzorg ook voor 2012 belangrijk.

Welke begeleiding wordt er vergoed?

De NZa zal in de beleidsregel alleen erkende interventies opnemen. Dit is een bewezen effectieve interventie volgens een vast protocol en conform

de CBO richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving en de Zorgmodule Stoppen met Roken. De werkzame interventie kan bestaan uit intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding, zoals persoonlijke begeleiding, telefonische coaching of een groepstraining. Ook zijn er werkzame interventies waarbij geen sprake is van direct contact met een professional, zoals ondersteuning bij stoppen met roken via internet.

Waarborg van kwaliteit en effectiviteit

Een groot deel van de gedragmatige begeleiding wordt uitgevoerd door een zorgverlener. Dit wordt ook wel intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding genoemd. De uitvoering van intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding vraagt specifieke kennis en vaardigheden van de begeleider. Om de kwaliteit van intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding te waarborgen is op 1 september 2011 het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken gelanceerd.

Dit kwaliteitsregister is ontwikkeld door het Partnership Stop met Roken, een samenwerkingsverband uit het gezondheidszorgveld. Het kwaliteitsregister maakt het mogelijk om onder-

scheid te maken in bewezen effectieve en niet-bewezen effectieve intensieve begeleiding bij stoppen met roken. De gehanteerde norm in het kwaliteitsregister is gebaseerd op de Zorgmodule Stoppen met Roken die de norm voor goede zorg bij stoppen met roken beschrijft.

Inkoop van stoppen-met-rokenzorg

Zorgverzekeraars kunnen het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken hanteren voor het inkopen van stoppen-met-rokenzorg. Dit betekent dat zij voor het afsluiten van een contract als voorwaarde stellen dat de zorgverleners zich registreren in het kwaliteitsregister. Een voorbeeld van een beroepsgroep voor wie registratie van belang is, zijn

OM DE KWALITEIT VAN INTENSIEVE STOPPEN-MET-ROKENBEGELEIDING TE WAARBORGEN IS HET KWALITEITSREGISTER STOPPEN MET ROKEN GELANCEERD

de longverpleegkundigen. Het kwaliteitsregister maakt inzichtelijk welke zorgverleners bewezen effectieve intensieve begeleiding aanbieden en daarvoor ook de juiste vaardigheden bezitten. Door registratie in het kwaliteitsregister worden professionals erkend als bekwame professional in het geven van begeleiding bij stoppen met roken.

Meer informatie?

Meer informatie over de recente ontwikkelingen omtrent de vergoeding van stoppen-met-rokenzorg kunt u vinden op: www.stivoro.nl/professionals/vergoeding.

Het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken vindt u op: www.KwaliteitsregisterStopmetRoken.nl.





Prof. dr. J.C. Grutters

Hoogleraar Interstitiële Longziekten

Jan C. Grutters (1966) is longarts in het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein en het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Na zijn ERS Research Fellowship aan het Imperial College en Brompton Hospital te London, is hij in 2003 gepromoveerd op het proefschrift: 'Genetic polymorphisms and phenotypes in sarcoidosis'.

Anno 2011 is hij hoofd van het centrum Interstitiële Longziekten (cIL) en participeert in het transplantatieteam Utrecht/Nieuwegein. Hij is lid van het Executive Committee en Editorial Board van de WASOG, en van de medische adviesraad van verschillende patiëntenorganisaties: Sarcoidose Belangenvereniging Nederland, Belangenvereniging Longfibrosepatiënten Nederland, en de wereldwijde LAM Patiënten Organisatie.

Op 1 december 2010 is hij benoemd tot hoogleraar Interstitiële Longziekten aan de Universiteit

Utrecht en op 17 oktober 2011 hield hij zijn oratie, getiteld "Teamwork 3".

Zijn voornaamste onderzoeksactiviteiten liggen op het gebied van de identificatie van klinische en moleculaire factoren met betrekking tot de predispositie en progressie van interstitiële longziekten, en de verbetering van de diagnostiek en behandeling, in het bijzonder van sarcoïdose en idiopathische pulmonale fibrose (IPF).

1 Hoe (en door wie) bent u indertijd betrokken geraakt bij ILD?

Mijn grote inspirator is prof. dr. Jules van den Bosch, de eerste hoogleraar Interstitiële Longziekten van het St. Antonius Ziekenhuis. Hij was mijn opleider tijdens de specialisatie tot longarts. In de loop der jaren bleken we goede sparringpartners te zijn, niet alleen op het gebied van de kliniek maar ook wat betreft wetenschappelijk onderzoek.

2 Hoe slaagt u erin om binnen een perifeer ziekenhuis uw wetenschappelijke activiteiten vorm te geven?

Het St. Antonius Ziekenhuis is altijd toonaangevend geweest op het gebied van innovatie en wetenschappelijk onderzoek. In ons ziekenhuis werden als eerste de bronchoalveolaire lavage en de longtransplantatie uitgevoerd. Mijn maatschap investeert al meer dan 10 jaar flink in wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast hebben wij een goede samenwerking met het UMC Utrecht opgebouwd, waaruit het hooglerarschap tot stand is gekomen. Ik sta dus op sterke schouders. Echter, in de toekomst zal het wel een uitdaging zijn om deze lijn voort te zetten. Financiering van onderzoek buiten de academische muren is in ons land niet geregeld. Daar zullen we zelf zorg voor moeten dragen.

3 Wat zijn de kernpunten van uw recente onderzoek?

Allereerst is er de onderzoekslijn van biomarkers voor sarcoïdose en idio-

patistisch pulmonale fibrose (IPF). We richten ons daarbij op bloedtesten, het lavagevloeistof en op beeldvormende technieken. Een tweede onderzoeklijn betreft de behandeling van sarcoïdose met infliximab. Hopelijk kunnen we met de onderzoeksresultaten 'personalized medicine' bewerkstelligen. Verder werken we aan fundamenteel, genetisch onderzoek vooral wat betreft IPF. Tegelijkertijd zijn we bezig met het opzetten van een landelijke registratie voor patiënten met interstiële longziekten, zoals (familiaire) idiopathische longfibrose en lymfangioleiomyomatose. De combinatie van genetische data en patiëntgegevens kunnen ons helpen oorzaken te achterhalen en/of nieuwe ziektemerkers te vinden.

4 *Wat zijn in Nederland onderbelichte onderdelen van de ILD-zorg?*

ILD's zijn over het algemeen zeldzame aandoeningen en behoren tot de weesziekten. De diagnostiek is vaak complex en de reguliere behandelingsmogelijkheden zijn beperkt. Optimale diagnostiek en indicatiestellig voor niet-reguliere en/of experimentele behandelingen kan het beste in gespecialiseerde centra waar veel patiënten gezien worden en waar ruime faciliteiten zijn om diagnostiek te verrichten. Een netwerk van enkele van deze centra zal de zorg nog meer ten goede komen. Deze centra zijn bij uitstek aangewezen om gezamenlijke protollen te ontwikkelen en patiëntmateriaal te verzamelen. Een grote verzameling (Biobank) is een voorwaarde voor gedegen wetenschappelijk onderzoek.

5 *Welke van uw publicaties heeft de meeste impact gehad op de klinische praktijk?*

Waarschijnlijk is dat de publicatie waaruit blijkt dat patiënten met het syndroom van Löfgren genetisch verschillen van de patiënten met andere vormen van sarcoïdose. Het lijken 2 verschillende ziekten te zijn, welke voorheen onder één

noemer geschaard werden.* Ook de publicatie over een aantal families met longfibrose waar we een mutatie hebben gevonden in het gen dat codeert voor het surfactant-eiwit C vind ik hier vermeldenswaardig.**

6 *Welke belangrijke ontwikkelingen met betrekking tot ILD verwacht u de komende jaren?*

Ik verwacht dat we de komende jaren belangrijke stappen zullen zetten in de diagnostiek van ILD. Hierbij heb ik hoge verwachtingen van nieuwe technieken, zoals de PET-scan. Ook verwacht ik dat er ziektemerkers (pneumoproteïnes) zullen komen voor de klinische praktijk die helpen om de activiteit van ontsteking en littekenvorming in het longweefsel bij deze ziekte te volgen. Daarnaast zal onze onderzoeksgroep hard blijven werken aan het vinden van ontbrekende puzzelstukjes: de oorzaak van vele ziekten is tot op heden onbekend. Ook op het gebied van middelen om fibrosing van de long te stoppen is nog veel winst te behalen. Het zou toch geweldig zijn als je een middel vindt dat bijdraagt aan de regeneratie van longweefsel bij fibrosepatiënten!

7 *Hoe besteedt u uw vrije tijd?*

Aan wetenschappelijk onderzoek! Ik denk dat ik meer dan de helft van mijn vrije tijd (avonduren en weekenden) hieraan besteed. Verder loop ik graag hard en coach ik op zaterdagmiddag het hockeyteam van mijn oudste zoon. Tenslotte ben ik al meer dan 20 jaar samen met mijn vrouw..... en ze vindt me nog steeds leuk!

8 *Welk advies zou u willen geven aan (jonge) collega's die zich wetenschappelijk willen ontplooiën?*

Volg je hart. Doe wat je het meest interesseert en verdiep je daarin!

* *Increased frequency of the uncommon tumor necrosis factor -857T allele in British and Dutch patients with sarcoidosis.* **Grutters JC, Sato H, Pantelidis P, Lagan AL, McGrath DS, Lammers JW, van den Bosch JM, Wells AU, du Bois RM, Welsh KI. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002 Apr 15;165(8):1119-24.**

** *Surfactant protein C mutations are the basis of a significant portion of adult familial pulmonary fibrosis in a dutch cohort.* van Moorsel CH, van Oosterhout MF, Barlo NP, de Jong PA, van der Vis JJ, Ruven HJ, van Es HW, van den Bosch JM, **Grutters JC.** *Am J Respir Crit Care Med.* 2010 Dec 1;182(11):1419-25.



Samenvatting proefschrift Hanneke Kwakkel

IMMUNOLOGICAL RISK STRATIFICATION OF THE BRONCHIOLITIS OBLITERANS SYNDROME AFTER LUNG TRANSPLANTATION

Door Johanna Maria Kwakkel-van Erp
Ter verkrijging van de graad van
doctor aan de Universiteit Utrecht,
13 september 2011

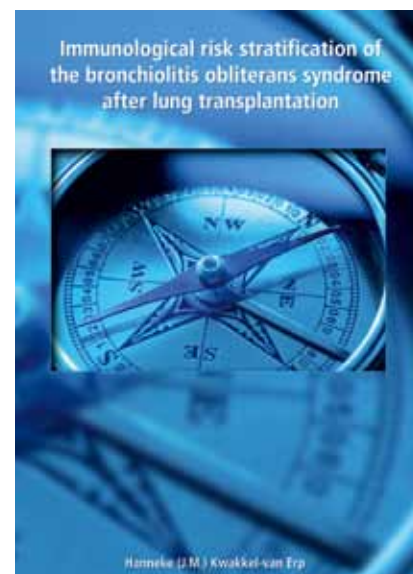
Longtransplantatie is een therapeutische optie voor mensen met een eindstadium longlijden. Hoewel de 5-jaars overleving na een longtransplantatie verbeterd is van 47% in 1988 naar 54% in 2006, is de gemiddelde overleving, voor mensen die het eerste jaar na een longtransplantatie hebben overleefd, slechts gestegen van 6.9 naar 7.1 jaar (1). Het ontstaan van chronische afstoting na een longtransplantatie is de belangrijkste oorzaak van deze matige lange termijnoverleving.

De chronische afstoting van een longtransplantaat kenmerkt zich door litteken vorming rondom de bronchioli (de kleine eindvertakkingen in de long) en leidt uiteindelijk tot een oblitereren (dichtgroeien) van de bronchioli: bronchiolitis obliterans (BO). Omdat het proces van chronische afstoting verspreid door de longen plaatsvindt en normaal longweefsel bij een biopsie, een chronische afstoting niet uitsluit, is een surrogaat marker gebaseerd op blijvend longfunctieverlies nu de gouden

standaard: het Bronchiolitis Obliterans Syndroom (BOS). Het Bronchiolitis Obliterans Syndroom is gedefinieerd als een blijvend longfunctieverlies van 20% van de baseline FEV1 (2). De baseline FEV1 is gedefinieerd als het gemiddelde van de 2 beste FEV1 na longtransplantatie, waarbij tussen de 2 longfunctie waarden minimaal 3 weken na elkaar geblazen zijn.

Hoewel het ontstaansmechanisme van BOS nog niet duidelijk is, lijkt herhaalde beschadiging een belangrijke rol te spelen. Deze herhaalde beschadiging leidt tot een respons van het afweersysteem wat uiteindelijk resulteert in obliteratie van de bronchioli en littekenvorming van het longweefsel. Door deze immunologische respons lijkt het zeer voor de hand te liggen dat in patiënten die BOS (gaan) ontwikkelen, bepaalde markers of parameters verhoogd of verlaagd zullen zijn. Dit proefschrift beschrijft het onderzoek naar het vroegtijdig kunnen identificeren van die patiënten die na een longtransplantatie chronische afstoting (BOS) ontwikkelen door middel van bloedonderzoek wat bij reguliere controles geprikt wordt. In dit proefschrift hebben we zowel facetten van de acquired als van de innate immunity bestudeerd. CD30 bevindt zich op Th2 cellen. Indien

Th2 cellen geactiveerd worden, wordt sCD30 uitgescheiden in de bloedbaan. Er werd geen verschil gezien in sCD30 waarden na transplantatie tussen de patiënten die wel of geen BOS ontwikkelden. Wel zagen we dat de hoge sCD30 waarden voor longtransplantatie na een longtransplantatie onderdrukt worden. De vraag was of onderdrukking van de sCD30 waarden kwam door de transplantatie of door de medicatie. Om deze vraag te beantwoorden hebben we bij patiënten met ernstig eczeem (een Th2 geassocieerde ziekte) de sCD30 waarden bepaald tijdens



medicatie die ook in de longtransplantatie wordt gebruikt (cyclosporine en mycofenolzuur). Er werd een correlatie gezien tussen sCD30 en ernst van het eczeem tijdens behandeling met cyclosporine maar niet tijdens mycofenolzuur.

Bovendien bestudeerden we het effect van het genetisch profiel van de receptoren van NK cellen van transplantatie patiënten en de liganden op de donorlongen op het ontwikkelen van BOS. Op NK cellen zitten receptoren, de Killer Immunoglobulin-like Receptoren (KIR), welke uit activerende en inhiberende receptoren bestaan en die de functie van de NK cellen regelen. In

deze studie toonden we aan dat het gebrek aan activerende een rol speelt in het ontwikkelen van BOS.

Ook bestudeerden we het effect van lage MBL waarden in het bloed op overleving na longtransplantatie, het ontwikkelen van BOS en het opkomen (reactiveren) van een CMV-infectie (virus). Mensen met een laag MBL voor transplantatie hadden meer CMV reactivaties na transplantaties maar geen grotere kans op het ontwikkelen van BOS. Wel leek er een tendens te bestaan tussen een lage MBL waarde en een betere overleving na longtransplantatie.

Referenties:

[1] Christie JD, Edwards LB, Aurora P, Dobbels F, Kirk R, Rahmel AO et al. Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Twenty-fifth official adult lung and heart/lung transplantation report-2008. *Journal of Heart and Lung Transplantation* 2008 September;27(9):957-69.

[2] Estenne M, Hertz MI. Bronchiolitis obliterans after human lung transplantation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2002 August 15; 166(4):440-4.



Samenvatting proefschrift Annelies Slats

TOWARDS RESTORING THE PHYSIOLOGICAL PROTECTION AGAINST AIRWAY NARROWING IN ASTHMA. TAKE A DEEP BREATH!

Door Annelies Slats
Ter verkrijging van de graad van
doctor aan de Universiteit Leiden,
15 december 2011

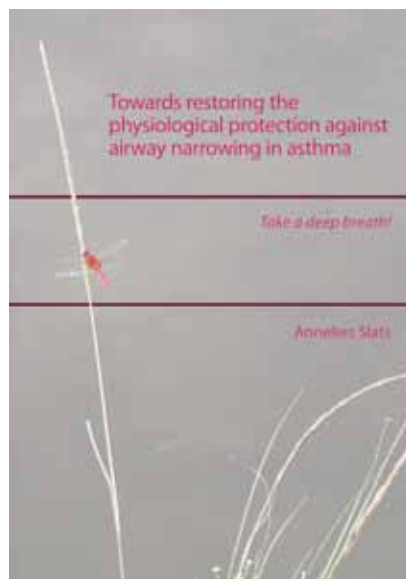
Astma wordt gedefinieerd als chronische ontstekingsziekte, geassocieerd met bronchiale hyperreactiviteit, wat leidt tot terugkerende episodes van piepen, benauwdheid en hoesten. Bronchiale

hyperreactiviteit is een term die wordt gebruikt wanneer de luchtwegen te veel en te makkelijk vernauwen als reactie op een uitlokkende stimulus, zoals allergenen of sigarettenrook. Een diepe inademing kan de reactie van de luchtwegen op uitlokkende prikkels beïnvloeden, leidend tot minder luchtwegvernauwing en kan daarom worden beschouwd als een sterk endogeen beschermingsmechanisme tegen luchtwegvernauwing. De luchtwegen van patiënten met astma

reageren anders op een diepe inademing, in vergelijking tot gezonde personen, waardoor er minder luchtwegverwijding optreedt na de diepe inademing. Uit eerder onderzoek is gebleken, dat bij mensen zonder astma, die gedurende een periode van 20 minuten niet diep zuchten, de reactie van de luchtwegen op een normaal niet prikkelende stof verergerd en zelfs vergelijkbaar is met die van een astma patiënt. Mag diezelfde persoon vlak voor het inademen van een

prikkelende stof toch een aantal maal diep zuchten dan treedt er nauwelijks een reactie op. Diepe inademen kunnen dus beschermen tegen luchtwegver-nauwing. Bij patiënten met astma maakt het voor de reactie op de luchtwegver-nauwende stof niet uit of zij wel of geen diepe zuchten vooraf hebben genomen. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat bescherming tegen luchtwegver-nauwing door een diepe inademing al bij mild astma verloren is gegaan. Anderzijds, wanneer men bij gezonde personen toch luchtwegver-nauwing opwekt kan een enkele diepe inademing deze luchtweg-ver-nauwing tijdelijk doen afnemen, ter-wijl bij patiënten met astma veelal geen effect wordt gezien en soms zelfs leidt tot verdere luchtwegver-nauwing. Diepe inademen kunnen dus ook luchtweg-verwijding geven en ook dit effect is min-der aanwezig bij patiënten met astma.

Enkele studies uit dit proefschrift waren gericht op het verder ophelderen van het



(patho)fysiologische mechanisme van het luchtwegverwijdende- en beschermende effect van een diepe inademing. We vonden dat het luchtwegverwijdende effect van een diepe inademing verminderd

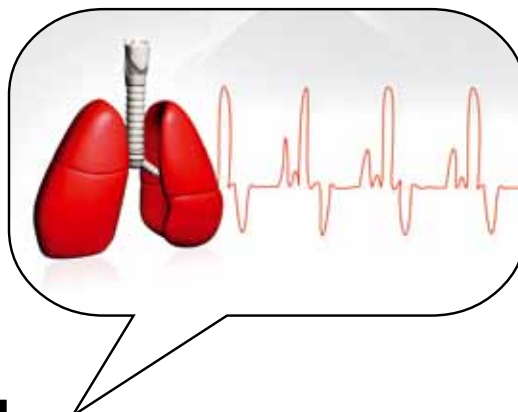
was bij patiënten met astma, maar zelfs nog sterker bij patiënten met COPD, in vergelijking met de gezonde controle-persoonen. De afname van het luchtweg-verwijdende effect was bij patiënten met astma gerelateerd aan een toename van de CD4+ lymfocyten in de submucosa en het aantal mestcellen in de spierbundels, zoals werd gezien in bronchus biopten. Daarnaast vonden we bij patiënten met astma, dat minder luchtwegverwijding na een diepe inademing gerelateerd was aan minder expressie van specifieke spiercelei-witten (calponine, desmine en MLCK) in de bronchus biopten. Dus ook bij andere longziektes kan het luchtwegverwijdende effect van een diepe inademing verstoord raken, maar het onderliggende patho-fysiologische mechanisme lijkt anders. Naast luchtwegwand ontsteking en een verandering in de functie van de gladde spiercel zou oedeem in de luchtwegwand ook kunnen leiden tot afname van het luchtwegverwijdende effect van een diepe inademing.

Fijne feestdagen



Het secretariaat van de NVALT is gesloten van maandag 26 december tot maandag 2 januari.

Wij wensen u allen fijne feestdagen en een voorspoedig 2012.



Longen Digitaal

Internet is niet meer weg te denken uit ons dagelijks bestaan en vak. In deze nieuwe rubriek zullen we elke editie een toepassing uit de digitale wereld onder loep nemen die al dan niet van waarde voor uw praktijk kan zijn.

Twitter

Hoewel het gebruik van de sociale media (onder andere Facebook, Twitter, Linked-In, Google Plus en Hyves) een steeds grotere rol in onze maatschappij lijkt te spelen, worden deze relatief nieuwe toepassingen nog niet veel gebruikt binnen de geneeskunde. Voor sites gericht op vriendennetwerken zoals Hyves, Google Plus en Facebook is dat niet vreemd; gebruikers zijn veelal op zoek naar het onderhouden van hun sociale contacten en het gebruik in professionele sfeer is vooralsnog erg beperkt.

Twitter en longartsen

Voor Twitter en Linked In ligt dit anders. Het wordt door niet-medische beroepsgroepen op grote schaal gebruikt voor het leggen van (zakelijke) contacten en het uitwisselen van informatie en kennis. Ook de toepassing door medisch-gerelateerde instellingen, ook binnen de longgeneeskunde, neemt toe. Belangenorganisaties als het Astma

Fonds en het KNCV Tuberculosefonds 'tweeten' (in het Nederlands vertaald naar 'kwetteren') er op los met berichten over patiëntensymposia, recent wetenschappelijk onderzoek en informatie voor patiënten.

Daarnaast wordt het medium gebruikt door medische tijdschriften. Binnen Nederland is met name het *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* actief, met dagelijkse verwijzingen naar goed toegankelijke artikelen op hun website. Ook buitenlandse tijdschriften zoals *The Lancet* en *The New England Journal of Medicine* tweeten frequent, waardoor volgers efficiënt gewezen worden op nieuwe publicaties.

Longartsen en Twitter

Op Twitter zijn nog niet veel longartsen actief. PulmoScript sprak met twee longartsen die op Twitter actief zijn: Wanda de Kanter (Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk) en Jan Willem van den Berg (Isala Kliniek Zwolle).

Wanda gebruikt Twitter uitsluitend beroepsmatig, mede namens Pauline Dekker voor het project: "Nederland stopt! met roken". Wanda: "Ik twitter over de gevolgen van roken in alle vormen: van COPD, longkanker, hart- en vaatziekten tot maculadegeneratie. Daarnaast twitter ik over palliatieve zorg en met name ook over preventie in de breedste zin van het woord (dus

ook over preventie van overgewicht, sexueel overbare aandoeningen en alcoholmisbruik. Alles om te laten zien dat professor Mackenbach gelijk heeft dat meer dan 50% van alle ziekten in Nederland door gedrag komt. En dat impulscontrole het allerbelangrijkst is om de zorg goedkoper te maken en dat de politiek daar ook een rol in heeft."

Jan Willem gebruikt Twitter vooral beroepsmatig, maar soms ook wel om persoonlijke redenen: "Ik gebruik het om informatie te geven over longaandoeningen of om te trachten publieke opinie te beïnvloeden, bijvoorbeeld over roken. Daarnaast is het toch ook wel persoonlijk. Zo Twitter ik over dingen die mensen tegen je zeggen, of over sores in het ziekenhuis. Ook bijzondere röntgenfoto's plaats ik op Twitter, bijvoorbeeld als quiz. Daarnaast ben ik door de twitteraccounts die ik volg goed op de hoogte van allerlei ontwikkelingen, ook medisch.

Ook Wanda ondersteunt de waarde van Twitteren in het volgen van medische ontwikkelingen: "Er wordt veel getwitterd over recent medisch onderzoek. En op congressen kan je door het volgen van een # (hashtag) meerdere onderwerpen tegelijk volgen. Zo twitterde Jan Willem op CHEST 2011 over longembolien en

ik synchroon over GGO (ground glass opacities). Ook als je politiek geïnteresseerd bent is het heel erg handig, je hebt in heel korte tijd een overzicht van de belangrijkste (inter) nationale ontwikkelingen”.

Retweeten

Retweeten (het herhalen van een tweet van een ander, zodat ook jouw ‘volgers’ dit bericht kunnen lezen) speelt binnen Twitter een belangrijke rol. De impact van dergelijke retweets kan erg groot zijn. Wanda: *“Als ik iets nieuws twitter gebeurt het regelmatig dat een radio- of televisiezender belt met vragen of er een item in zit. Ook Tweede Kamerleden retweeten regelmatig dit soort berichten. De impact kan heel groot zijn als iemand mijn bericht retweet die zelf 100.000 followers heeft. Zo is zelfs een keer de website van Nederland Stopt! uit de lucht gegaan omdat in een keer teveel mensen deze website probeerden te bereiken.”*

Plaats van Twitter in directe patiëntenzorg?

De ontwikkelingen van Twitter staan nog in de kinderschoenen, het is niet ondenkbaar dat de mogelijkheden binnen de patiëntenzorg gaan toenemen, met name op preventief vlak. De toepassing van een “Twitterkliniek” lijkt beperkt. Jan Willem: *“Ik heb een Twitter spreekuur geprobeerd, maar de opbrengst ervan valt toch tegen. Een longarts moet een patiënt lieflijk zien. Wel kan Twitter bijdragen aan het onderhouden van contacten, en het informeren van patiënten.”*

Ook Wanda ziet geen aanvulling in een Twitter spreekuur: *“Ik zie de voordelen van een twitter spreekuur nog niet, maar dat is ook niet mijn insteek. Ik geef wel antwoord op vragen over stoppen met roken. En ik verwijs dus naar de relevante fora. De klinische blik bij patiënten die ik niet ken ontbreekt bij een twitterspreekuur.*

Daarom zie ik concreet nog geen toegevoegde waarde. Behalve dan het advies om toch vooral de huisarts te raadplegen. En je ziet vaak dezelfde mensen met heel veel gekke kenmerken allerlei vragen stellen.

Nadelen van Twitter

Privacy is natuurlijk een belangrijk item in hoe over Twitter gedacht wordt. Jan Willem: *“What happens in Vegas stays on Twitter”. Ieder onvertogen woord blijft hangen. Soms is Twitter een uitlaatklep. Dergelijke informatie kan slecht voor je imago zijn. Mijn maatschappij wilde dat ik mijn Twitternaam @longartzwolle veranderde. Ze waren bang aangekeken te worden op wat ik schreef.*

Privacy van de patiënt

Uiteraard is het van belang dat bij Twitteren over casuïstiek de patiënt nooit herleidbaar is. Wanda: *“In casuïstiek verander ik altijd geslacht, leeftijd en tijd dat iets gebeurd is, zodat mensen zich NOOIT kunnen herkennen. Ik gebruik het dan om casus te illustreren waarom mensen er bij voorbeeld zo laat achter komen dat zij al ernstig COPD hebben, of wat hun motivatie zou kunnen zijn met roken te willen stoppen. Aangezien ik niet over privé zaken twitter en namens ons allebei, is er geen probleem met privacy of imago. Maar daar moet je bij elke tweet wel aan denken. Kan dit, past dit en mag ik dit doen. Niet impulsief erop los twitteren. Zodra je een losse flodder ventileert is er altijd een medisch journalist die zegt: referenties? Dat houd je scherp.*

Conclusie

Twitter is een interessante mogelijkheid voor (long)artsen om contact te houden met (groepen) patiënten op het gebied van preventie en informatie. De toepassing van twittersprekuren stuit op praktische bezwaren.

Een tweede groot voordeel is dat het medium handig is om (snel) op de hoogte te zijn van nieuwe ontwikkelingen binnen ons vakgebied.

Sinds kort is ook ook een NVALT twitteraccount via twitter.com/nvalt.



Wanda is te volgen via @WdeKanter en Jan Willem via @deLongarts.

Woordenlijst

- Tweet** - een berichtje op Twitter van maximaal 140 tekens.
- Retweet** - wanneer je een bericht van een ander weer doorplaatst op jouw eigen twitter.
- Reply** - wanneer je antwoordt op een bericht van een ander (dit is wel zichtbaar voor iedereen!).
- Tweep** - iemand die op Twitter zit.
- Hashtag** - het teken #, hiermee kun je een onderwerp makkelijker terug te vinden maken.
- @mention** - Als je het @-teken + gebruikersnaam gebruikt op een willekeurige plek in jouw tweet dan heet dat een mention. Hiermee kan je iets over iemand zeggen (en spreek je iemand a.h.w. direct aan). Bijvoorbeeld: *“Nu met @knmg in bespreking over mogelijke samenwerking.”*.
- Direct Message (DM)** - Dit is een privébericht dat je naar een bepaald persoon stuurt. Anderen kunnen dit bericht niet zien. Je kan alleen een DM naar iemand sturen als je die persoon volgt.

Goed nieuws: De NRS Science Award

Namens het bestuur van het Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband (Netherlands Respiratory Society) is er goed nieuws voor de donkere dagen. Het NRS heeft besloten om elke 2 jaar een NRS Science Award ter grootte van € 10.000 ter beschikking te stellen. De bedoeling is om hiermee het interdisciplinaire respiratoire onderzoek in Nederland aan te moedigen, speciaal dát onderzoek dat ook belangstelling *buiten* het eigen vakgebied trekt.

De prijs zal worden toegekend aan in Nederland uitgevoerd onderzoek dat interdisciplinair was en de zichtbaarheid van respiratoir onderzoek in Nederland heeft bevorderd (of nadrukkelijke potentie daarvoor in zich heeft). De prijs moet worden besteed aan een activiteit die de maatschappelijke belangstelling voor het betreffende onderzoek stimuleert.

De prijs wordt op de landelijke Longdagen uitgereikt. Voor de eerste keer gebeurt dit op de Longdagen, die van 12 t/m 14 april 2012 in de Jaarbeurs Utrecht gehouden zullen worden.

Criteria voor de prijs zijn (minimaal 4 van de 6):

- Het onderzoek is vernieuwend en ligt primair op het gebied van respiratoire gezondheid en/of ziekte.
- Het Nederlandse onderzoeksteam heeft een interdisciplinaire achtergrond.
- De resultaten hebben tot buiten het respiratoire veld wetenschappelijke aandacht getrokken.
- Er is sprake van samenwerking van twee of meer onderzoeksgroepen uit verschillende instituten in Nederland of daarbuiten.
- Het onderzoek heeft geleid tot één of meer gemeenschappelijke wetenschappelijke publicaties.
- De resultaten zijn ook in de niet-wetenschappelijke media besproken.
- Indien het om zeer recent gepubliceerd onderzoek gaat: er is potentie voor bekendheid buiten het respiratoire onderzoeksveld c.q. in niet-wetenschappelijke media.

Aanvragen kunnen worden gedaan door:

- individuele onderzoekers
- onderzoeksgroepen
- wetenschappelijke verenigingen
- Universiteiten (c.q. Afdelingen).

In de aanvraag wordt het voorgedragen onderzoek aan de hand van een of meer wetenschappelijke publicaties en eventuele media berichten onderbouwd. Daarnaast wordt toegelicht waarom aan de criteria is voldaan. Tevens wordt een (globaal) plan voor de besteding van de prijs meegezonden. Er is geen aanvraagformulier. Een aanvraag beslaat maximaal 1 bladzijde op A4. De aanvragen worden beoordeeld door de Nieuwscommissie van het NRS, die hierover aan het Bestuur adviseert.

Aanvragen dienen elektronische te worden verzonden en behoren uiterlijk op 1 februari 2012 te zijn ontvangen bij: w.j.staal@umcg.nl. Voor meer informatie over de NRS Science Award en de Longdagen 2012: zie www.nrs-science.nl.



Namens het NRS bestuur,
Peter Sterk, penningmeester

IMIS Groningen: multidisciplinair op weg naar uniforme instructie voor inhalatiemedicatie

In 2007 namen Titia Klemmeier (MZH) en Brigitte Boot (UMCG) namens het Groninger netwerk van longverpleegkundigen het initiatief voor een project gericht op uniformering van inhoud en methodiek van de instructie voor inhalatiemedicatie in de provincie Groningen. Een projectgroep werd samengesteld uit longverpleegkundigen, longartsen, huisartsen en apothekers. Het doel van die projectgroep werd het maken van regionale afspraken over de rol van hulpverleners in de instructie van het gebruik van inhalatiemedicatie en het opzetten van een

DOELSTELLING: STICHTING IMIS WIL DE KWALITEIT VAN ZORG VERBETEREN VOOR VOLWASSENEN EN KINDEREN MET ASTMA EN COPD IN NEDERLAND

scholing voor instructeurs. In 2008 is uit deze projectgroep de Stichting IMIS (Inhalatiemedicatie-instructieschool) Groningen voortgekomen. Het bestuur bestaat uit longverpleegkundige, apothekers, huisarts en longartsen. Paul Hagedoorn (Farmaceutische Technologie, RUG) is als extern deskundige aan IMIS verbonden. Nycomed is vanaf aanvang als financier betrokken, nadrukkelijk zonder invloed op beleid en inhoud van de scholingen.

De missie van IMIS is het niveau van de inhalatie-instructie in Nederland op een hoger plan te brengen, gebruikmakend van de ervaringen die in de provincie Groningen zijn opgedaan.

De afgelopen vier jaren is veel bereikt. Er zijn heldere en wetenschappelijk verantwoorde protocollen geschreven voor het gebruik van inhalatiemedicatie van alle toedieningsvormen die op de markt zijn. Die protocollen worden, indien nodig, elk jaar aangepast. Daarnaast is een cursus ontwikkeld voor de trainers van die instructeurs. Die cursus bestaat uit een basisles en een herhalingsles, die beide zijn geaccrediteerd. De longverpleegkundigen uit de provincie Groningen zijn opgeleid tot trainer. Er zijn inmiddels vele scholingen gegeven aan apothekersassistenten, praktijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in ziekenhuizen en verpleeghuizen. In de provincie Groningen zijn afspraken gemaakt over de instructie. Gekozen is voor de apotheek als belangrijkste instructieplaats, omdat daar immers de medicatie wordt afgeleverd.

Door de grote vraag om landelijke uitrol is de scholing van trainers landelijk van start gegaan. Inmiddels is in elke provincie een aantal longverpleegkundigen geschoold als IMIS-trainer. In totaal zijn 75 trainers aangesloten bij IMIS. Die IMIS-trainers hebben ook al weer in hun regio scholing verzorgd voor apothekersassistenten en praktijkverpleegkundigen en afspraken gemaakt over de taakverdeling in die regio. De namen van de IMIS-trainers zijn te vinden op onze website (www.stichtingimis.nl). Op die website zijn ook de protocollen voor de instructie van inhalatiemedicatie te vinden voor degene die de scholing hebben gevolgd.

De laatste ontwikkelingen zijn dat IMIS deelneemt aan een zorgproject van Achmea en dat de scholing is opgenomen in de CAHAG-scholingskalender. Daarnaast ontwikkelen we een scholing voor longpatiënten die niet alleen medicatie maar ook verschillende aspecten van de onderliggende longziekten (astma en COPD) als onderwerp heeft.

Samenvattend is IMIS erin geslaagd protocollen te ontwikkelen voor het gebruik van inhalatiemedicatie die door alle partners in de behandeling van longpatiënten geacordeerd en gebruikt worden en scholing voor de instructie van die protocollen. Er zijn inmiddels in het hele land IMIS-trainers die scholing kunnen verzorgen en regionaal regisseur van de instructie van inhalatiemedicatie kunnen zijn. De scholing is onder meer geborgd door een website. De uitdaging voor de toekomst is voor IMIS het garanderen van goede scholing door het up-to-date houden van protocollen en onderwijs aan trainers.

Namens het bestuur van
IMIS Groningen,

Luc Steenhuis en Johan Wempe



Probleemgeoriënteerd denken in de Palliatieve Zorg

Op 20 december verschijnt het leerboek *"Probleemgeoriënteerd denken in de Palliatieve Zorg"*. Aan het boek hebben een aantal longartsen mee geschreven en is in de eerste plaats bestemd voor studenten, co-assistenten en assistenten in opleiding, maar ook voor specialisten biedt het goede achtergrondinformatie.

Na een algemene inleiding worden er 35 casussen gepresenteerd, waarmee door middel van een structuur van vraag en antwoord de lezer wordt meegenomen langs de leerstof die aan het eind van elk hoofdstuk wordt samengevat in een korte beschouwing.

Om het perspectief zo dicht mogelijk bij de primaire doelgroep te leggen, is ervoor gekozen om de hoofdstukken te laten schrijven door deze groep zelf. De eerste auteur van elk hoofdstuk is een arts-assistent in opleiding, een gespecialiseerd palliatief verpleegkundige of een jonge specialist, telkens bijgestaan door ervaren klinici als

inhoudsdeskundigen. Hierbij zijn de auteurs afkomstig uit verschillende medische en paramedische disciplines, waarmee het interdisciplinaire karakter van goede palliatieve zorg wordt onderstreept.

Sander de Hosson, longarts in Deventer, is de hoofdredacteur van het boek: *"Palliatieve Zorg krijgt de laatste decennia een steeds belangrijkere plek binnen ons medisch denken. Ik denk dat het goed is dat wij als longartsen ons nog actiever bezig houden met dit aandachtsgebied, aangezien veel van onze patiënten een niet-curabele ziekte hebben. Palliatieve zorg speelt natuurlijk een grote rol binnen de longoncologie, maar vooral ook bij COPD en longfibrose is kennis van goede palliatie belangrijk. Met de Werkgroep Palliatieve Zorg van de NVALT zijn wij inmiddels goed op weg om de palliatieve zorg binnen de longgeneeskunde verder onder de aandacht te brengen en ik hoop van harte dat dit boek daar verder aan bijdraagt."*

Probleemgeoriënteerd denken in de Palliatieve Zorg komt op 20 december uit en is te verkrijgen via de grote boekensites of internet of via de boekhandel.



ISBN nr. 978 90 5898 192 9.

Kandidaat-leden

- Hugo van Bergeijk** Erasmus MC, Rotterdam
Babette Brantenaar Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
Jacobine Herbrink Spaarne Ziekenhuis, Hoofddorp, Hoofddorp
Susan Huttenhuis Medisch Spectrum Twente, Enschede
Lucie Kappelle Isala klinieken Zwolle
Bekir Karakaya Sint Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
Nelleke Koedoot Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
Linda Moonen Catharina Ziekenhuis, Eindhoven
Marlise Roos Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam
Margriet Stellingwerf Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht
Richtje Talma Martini Ziekenhuis, Groningen
Wouter Westendorp Ziekenhuis Rijnstate Alysis Zorggroep, Arnhem

Nieuw benoemde longartsen

- Nasser Alemi** IJsselmeer Ziekenhuizen, Lelystad
Vivian van den Boogaart Viecuri, Venlo
Mariana Brozici Röpcke Zweers ziekenhuis, Hardenberg
Robbert van Heemst Antonius ziekenhuis, Nieuwegein
Wouter Hoefsloot UMC St Radboud, Dekkerswald
Roxane Heller-Baan Ikazia ziekenhuis, Rotterdam
Tamara Joosten Viecuri, Venlo
Maarten Ninaber Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
Marieke Overbeek Antonius ziekenhuis, Nieuwegein
Herre Reesink Antonius ziekenhuis, Nieuwegein

Nieuwe rustende leden

- Frits Beaumont** Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch
Henk van Deutekom GGD Amsterdam

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)?

IN MEMORIAM

Frits Wagenaar (1943-2011)

Frits groeide op in Arnhem en maakte, weliswaar, niet bewust, de repatriëring van Arnhem en Hongerwinter van 1944 mee. Hij was de oudste van vijf kinderen, drie zussen en als jongste, een broer. Hij deed zijn middelbare schoolopleiding in Arnhem. Tijdens een vakantie in 1960 leerde hij zijn latere vrouw Nelleke kennen op vakantie in Cadzand. Na zijn Eindexamen in 1963 monsterte Frits met een vriend aan op de Nieuw-Amsterdam als bordenwasser en kon op die manier in zijn vakantie New York bekijken. Daarna ging hij in 1963 medicijnen studeren in Utrecht, werd lid van Veritas en de sociëteit polypous.

In 1970 studeerde hij cum laude af in Utrecht en specialiseerde zich in het Antonius Ziekenhuis in Utrecht tot specialist Longziekten en tuberculose. In 1975 vestigde hij zich in het st. Elisabeth s Ziekenhuis in Arnhem en het ziekenhuis Zevenaar.

In 1977 kon ik samen met Frits de praktijk in Arnhem verder uitbouwen. In het begin werd de correspondentie en administratie thuis gedaan door de respectievelijke echtgenotes, het was een drukke tijd, maar door de betrokkenheid van de partners ook heel leuk. Mede



door zijn inspanningen werd een stadsmaatschap gevormd met de drie Arnhemse ziekenhuizen, Velp en Zevenaar.

Frits was een bijzonder mens nooit nadrukkelijk aanwezig maar zeer aimabel. Hij hield van mensen en had een warme belangstelling voor de mensen om hem heen die hem dierbaar waren maar ook zijn patiënten waren hem erg dierbaar hij ging voor ze door het vuur en genoot van het vak longziekten. Polikliniek doen beperkte zich niet tot alleen maar over ziekte praten maar ook vele andere onderwerpen zoals beroep en hobby's van patiënten konden een boeiend onderwerp van gesprek zijn waar hij weer energie van kreeg. Zwaar vond hij de "slecht weer" gesprekken

waarbij aan patiënten moest worden verteld dat zij ongeneeslijk ziek waren. Thuis moest hij dat weer van zich afpraten.

In 2005 ging Frits met pensioen en gaf ook de strijd met de computer op. Vaak hoorde ik hem zeggen dat deze tijd één grote vakantie was en hij genoot van zijn tuin, kinderen en kleinkind. En vooral van het samenzijn met Nelleke.

Toen ik na mijn vakantie op 11 juli even bij Frits langsging was Frits vermoeid en Nelleke bezorgd. Frits had rugpijn en at slecht, in die week werd duidelijk dat Frits een ongeneeslijke ziekte had en geen eerlijke kans kreeg om de strijd met zijn ziekte aan te binden. Daarna volgde een heftige en emotionele tijd maar toch vond hij ook nu weer tijd om over andere dingen dan ziekte te praten over hoe goed hij het had gehad en genoten had van het leven. Het mooiste moment was 8 september toen ik met familie en een stel vrienden met taart, koffie en wijn zijn laatste verjaardag vierden. Frits genoot ervan en zo wil ik hem mij graag blijven herinneren.

Op 27 september 2011 overleed Frits thuis. Nelleke de kinderen en kleinkind wens ik veel sterkte toe met dit verlies.

Peter de Bruijn Longarts

Punten	Datum	Nascholing
JANUARI 2012		
14	12	Slaapcursus der Lage Landen deel 2 - Edegem (BE)
5	18	5e Jaarsymposium Pulmonologie. 12 maanden longziekten in vogelvlucht. - Utrecht (NL)
	18	Jaarsymposium Pulmonogogie
3	19	Therapeutic Drug Monitoring (TDM) - Rotterdam (NL)
5	20	14e Nationale Longkanker Symposium - Amsterdam (NL)
i.a.	23	Topics uit het Martini - Eelderwolde (NL)
i.a.	24	Minimally Invasive Thoracic Surgery: exploring the frontiers - Roermond (NL)
i.a.	25	Van Hiepriek tot Donorlong X - Utrecht (NL)
17	30	Winter ILD School - Pathology, radiology and clinical correlation in interstitial lung diseases - Davos (CH)
3	31	Symposium: COPD in de 21e eeuw, health status in COPD patients - Roermond (NL)
FEBRUARI 2012		
5	2	Oncologiedag 'Longkanker' - Utrecht (NL)
30	4	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congres (SCCM 2012) - Houston (US)
20	7	Tuberculosis for clinicians - Kaapstad (ZA)
18	8	NVIC Nederlandse Intensivistendagen 2012 - Ede (NL)
20	9	Bronkhorst - Blankenberge (BE)
24	14	International Conference on Continuous Renal Replacement Therapies (CRRT 2012) - San Diego (US)
MAART 2012		
3	1	Therapeutic Drug Monitoring (TDM) - Nijmegen (NL)
3	8	Therapeutic Drug Monitoring (TDM) - Amsterdam (NL)
	12	30e NVvO BASISCURSUS ONCOLOGIE 2012
i.a.	12	Basiscursus Duikgeneeskunde voor longartsen - Kralendijk (AN)
14	18	Op de hoogte van Astma, van uncontrolled tot ernstig astma - Davos Platz (CH)
24	20	International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine (ISICEM 2012) - Brussel (BE)
APRIL 2012		
	2	NVALT Longartsenweek
	12	Longdagen
20	16	Intensive Tropical Medicine School - Blantyre (MW)
MEI 2012		
	10	Ergometriecursus NVALT - Amsterdam
6	11	Palliatieve Zorg bij COPD - Amsterdam (NL)
	18	Annual Meeting American Thoracic Society (ATS 2012) - San Francisco (US)
JUNI 2012		
18	9	European Anesthesiology Congress / Euroanaesthesia (ESA 2012) - Parijs (FR)
11	14	NVIC Nier, Lever en Darmdagen 2012 - Ede (NL)
SEPTEMBER 2012		
21	9	International Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC 2012) - San Francisco (US)
11	13	NVIC Neurologische problematiek op de Intensive Care 2012 - Ede (NL)

Punten	Datum	Nascholing
OKTOBER 2012		
6	5	NVALT Ledenvergadering
30	13	Annual Congres European Society of Intensive Care Medicine (ESICM 2012) - Lissabon (PT)
27	13	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2012) - Washington D.C. (US)
NOVEMBER 2012		
10	22	NVIC Mechanische beademingsdagen 2012 - Ede (NL)
JANUARI 2013		
30	19	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congres (SCCM 2013) - San Juan (PR)
AUGUSTUS 2013		
26	28	11th World Congress on Intensive Care and Critical Care Medicine (WFSICCM 2013) - Durban (ZA)
OKTOBER 2013		
30	5	Annual Congres European Society of Intensive Care Medicine (ESICM 2013) - Parijs (FR)
27	12	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2013) - San Francisco (US)
OKTOBER 2014		
27	11	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2014) - New Orleans (US)
E-LEARNING / INDIVIDUELE NASCHOLING		
1		"De fundamente van de inhalatietechniek"
1		"Post Congress TV ERS Highlights"
1		"Webcast: Symposium Longziekten - Veranderingen in de Zorg en Research"
		Behandeling tabaksverslaving in de lhuisartsenpraktijk
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
1		Geneesmiddeleninteracties in de longoncologie Aflevering 1: Basics farmacologie en invloed lifestyle en polyfarmacie
1		Geneesmiddeleninteracties in de longoncologie Aflevering 2: Chemotherapie
1		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

Punten	Datum	Nascholing
E-LEARNING / INDIVIDUELE NASCHOLING		
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 10: rechterhartcatheterisatie
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 2: definitie en classificaties
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 3: symptomen, beloop en epidemiologie
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 4: endotheel en endotheline
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 5: ziekteprogressie en overleving
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 6: richtlijnen en diagnostiekalgoritme
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 7: echoguidelines en echodiagnostiek
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 8: screening
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 9: vervolgonderzoek
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