

PULMO

Script

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT
JAARGANG 23, NR. 1 MAART 2012



ROBOTCHIRURGIE

Interview Ghada Shahin

LANDELIJKE LONGDAGEN

12-14 april Utrecht

ePASS

Elektronisch portfolio

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. Vlуг

Uiterste datum voor insturen kopij
nr. 2: 15 mei 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

06 Agenda huishoudelijke voorjaarsvergadering

Vanuit de VvAwT

07 Verslag Studiedagen

Interview

09 Robotchirurgie Ghada Shahin, Cardio-thoracaal chirurg

Rubrieken

12 Nieuwe hoogleraar stelt zich voor: Paul Baas

20 Opleiding in de kijker: Een dag in het VUmc

28 Longen digitaal: Pneumotox nu in app-vorm

26 Longarts in het buitenland: Dick Pasker, Spanje

Nascholing

29 Samenvatting proefschrift Lianne Kastelijn

Bronchiolitis obliterans syndrome after lung transplantation: biomarkers for inflammation and fibrogenesis

30 Samenvatting proefschrift Ingrid Korenromp

Chronische vermoeidheid na sarcoidose

32 Samenvatting proefschrift Frank Visser

Spirometry in patients with COPD:

Focus on expiratory and inspiratory parameters,

33 Samenvatting proefschrift Gert Jan Mauritz

Insights into the progression of right ventricular failure in pulmonary arterial hypertension

En ook...

16 Longdagen 2012

17 Kamerlid Smilde (CDA) bezoekt Longafdeling UMCG

23 Think TB! Cursus voor TBC-coördinatoren in een wereldstad

22 De thoraxfoto, een stapsgewijze beoordeling

35 ePASS, digitaal portfolio

14 Instituut Asbestslachtoffers

Personalia

37 Kandidaat-leden

39 Nieuw benoemde longartsen

39 Nieuwe rustende leden

40 Congresagenda

Beste lezers van PulmoScript

U heeft allen kunnen genieten van een nieuwe uitvoering van de pulmoscript. Wij hebben heel veel positieve reacties mogen ontvangen. Een goed teken, want dat betekent dat het tijdschrift van onze vereniging wel degelijk gelezen wordt.

Ook nu weer vele interessante bijdrages. Maar liefst 4 proefschriften zijn er in deze periode geschreven waarvan de onderwerpen aanzienlijk verschillen. Pulmonale hypertensie, sarcoïdose, longtransplantatie en longfunctie zijn deze keer onderwerp van onderzoek geweest. Alle proefschriften kunnen opgevraagd worden bij de desbetreffende auteurs, hun promotoren of copromotoren. De bijdragen zelf, zijn zoals afgesproken, beknopt en meer om te prikkelen.

De digitale bijdrage beschrijft een zeer nuttige 'app', de pneumotox.com, waarvan u heel veel gebruik kunt maken. Pulmonale toxiciteit van geneesmiddelen komen betrekkelijk vaak voor en zijn via deze applicatie nu heel snel op te zoeken. Binnen enkele minuten kan hij gratis op de smart Phone gedownload worden.

Wist u dat 25% van de mesothelioompatiënten geen aanvraag doet voor een financiële tegemoetkoming van 18.000 Euro? Daar zijn verschillende factoren voor verantwoordelijk, maar een daarvan is dat wij als behandelaar er waarschijnlijk niet altijd aan denken hierop te wijzen bij patiënt en nabestaanden. In de bijdrage van het 'instituut asbestslachtoffers' staat nogmaals aangegeven waar u de benodigde informatie kan vinden.

Paul Baas stelt zich voor als hoogleraar pulmonale oncologie. Uit mijn hart gegrepen is zijn opmerking "voorkomen is beter dan genezen". Het is onacceptabel dat er wordt bezuinigd op de preventie van rookgedrag, wetende wat de kosten worden als het komt tot ziekten zoals kanker of COPD, waarbij bovendien van genezing maar al te vaak geen sprake is. Wij moeten ons met z'n allen hiertegen verzetten.

Robot chirurgie voor longoperaties. Ja dat kan al. Ook in Nederland. Ghada Shahin, cardio-thoracaal chirurg in de Isala kliniek in Zwolle beschrijft hoe zij zover gekomen is. Een fascinerende ontwikkeling. Een uitgebreid verslag over de



studiedagen van TBC geïnteresseerde longartsen. Ditmaal gefocust op de behandeling bij kinderen en het bron- en contactonderzoek. Over de goede nascholingsmogelijkheden in Nederland heb ik in de vorige pulmoscript al geschreven. Er is weer een nieuwe loot aan deze boom ontstaan met de Nederlandse longdagen. Een gemeenschappelijk initiatief van NRS, NVALT, CAHAG, Astmafonds/ Longfonds, SKL-NVK, NVLA en LAN. Peter sterk vertelt wat er allemaal te halen is. Het valt dit jaar heel kort na de longartsenweek in Papendal, maar het karakter zal heel anders zijn. Er is een bijzonder goed wetenschappelijk programma samengesteld alsook een publieksdag. U mag het eigenlijk niet missen.

Na Alkmaar presenteert de VUmc nu haar opleidingsteam.

Collega Dick Pasker is nu longarts in Spanje. Bevalt dat?

Het elektronische port folio: ik zag er als een berg tegenop, maar vind het nu fantastisch! Ik wens u weer veel leesplezier!

Yvonne Heijdra

Vanuit het bestuur

Het eerste nummer van de vernieuwde PulmoScript ligt inmiddels al weer enkele maanden achter ons. Het is voor mij nog steeds onduidelijk of de donkere wolken op de voorkant van het decembernummer nu betrekking hadden op de uitslaande brand van een falend anti-rookbeleid van de Nederlandse overheid of dat de redactie een vooruitziende blik had over de donkere financiële wolken die over Europa (en dus ook Nederland, met of zonder gulden) neerdalen. Momenteel is de regering zich in het Catshuis aan het beraden over de noodzakelijke extra bezuinigingen, waarbij het zeer aannemelijk is dat dit ook zijn impact zal hebben op de gezondheidszorg. De afgelopen periode waren al diverse proefballonnen vanuit VWS opgelaten over centralisering van verloskundige zorg en reorganisatie van de spoedeisende hulpdiensten. Hieruit komt duidelijk naar voren hoezeer gezondheidszorg een publiek domein geworden is, waar iedereen wat van vindt. Maar wat vinden wij nu als medici? Te vaak reageren wij als beroepsgroep reactief op hetgeen de buitenwereld vindt dat er in de gezondheidszorg moet gebeuren. Het is derhalve een goede zaak dat de Orde een project gestart is om samen met alle wetenschappelijke verenigingen een visie over de toekomstige medisch specialistische zorg te ontwikkelen. Alleen dan kunnen wij als veldpartijen naar Den Haag een duidelijk signaal afgeven in plaats van het verdeelde veld van wetenschappelijke verenigingen, dat op dit moment veelal onafhankelijk en zonder overleg met elkaar functioneert. Het initiatief van de Orde om een verdere integratie en afstemming met wetenschappelijke verenigingen tot stand te brengen is hoogst noodzakelijk om in de toekomst met een eenduidige agenda naar buiten te kunnen optreden en het initiatief weer naar ons toe te trekken.

Gelukkig zijn er ook dingen die goed verlopen. Zo blijkt de Longalliantie er

in te slagen de chronische longaandoeningen meer voor het Haagse voetlicht te brengen. Er wordt gewerkt aan een visiedocument om de ziektelast en maatschappelijke gevolgen van chronische longaandoeningen via een nationaal actieplan aan te pakken. Een van de actiepunten behelst het terugbrengen van het aantal exacerbaties (inclusief de ziekenhuisopnamen hiervoor). Ook de recente update van de GOLD richtlijnen ruimt een belangrijke plaats voor exacerbaties in bij de classificatie van de ernst van COPD. De NVALT zal, samen met het Astmafonds, hiervoor publiekelijk aandacht vragen, waarbij er, naar analogie van de cardiologie, gesproken zal worden over longaanvalen; dit om het gevoel van de impact van een exacerbatie beter onder het grote publiek te verspreiden. Daarnaast wil het Bestuur samen met de werkgroep Tabaksverslaving bij de overheid meer aandacht vragen voor het anti-rookbeleid, waarbij het Nederlandse overheidsbeleid op Europees niveau toch wel erg pover afsteekt.

Zoals u in deze PulmoScript in de wervende tekst van Peter Sterk kunt lezen zullen in april de eerste Longdagen georganiseerd worden. Het is voor het eerst dat alle organisaties, betrokken bij chronische longziekten, gezamenlijk een meerdaags congres organiseren. Ik hoop dat u dit initiatief wilt ondersteunen door uw aanwezigheid: maak duidelijk dat de longartsen hun deskundigheid willen uitdragen en hun maatschappelijke verantwoordelijkheid serieus nemen!!.

Wat betreft de COPD-zorg in de tweede lijn: het Bestuur zal samen met de werkgroep COPD op 21 juni aanstaande een werkconferentie organiseren waarbij het doel zal zijn inhoud en vorm van de tweedelijns COPD-zorg te optimaliseren, waarbij uitkomsten van de recente longartsenenquête en nieuwe internationale adviezen, zoals de nieuwe GOLD-

richtlijn, meegenomen zullen worden. Ook zal in deze werkconferentie de plaats van de longarts in de ketenzorg COPD nader aan de orde komen. Over het definitieve programma wordt u op de hoogte gehouden via onze website en nieuwsflitsen. Mochten er ook nog apps hierover uitkomen, dan zal Sander de eerste zijn om u hierover te informeren.

A propos, bent u bestuurlijk geïnteresseerd, werkzaam in een opleidingskliniek, maatschappelijk geëngageerd, betrokken bij uw vereniging en toe aan een nieuwe uitdaging? Dan heeft het NVALT-bestuur een passende uitdaging voor u in de vorm van het vicevoorzitterschap van de vereniging. Zoals past bij de huidige tijd van transparantie, wil het Bestuur in alle openheid zoeken naar een nieuwe vicevoorzitter. Wij realiseren ons dat het een duidelijke tijdsinvestering met zich meebrengt, maar u zit wel vooraan bij de nieuwste landelijke ontwikkelingen, waarbij er ook nog voorzien is in een vergoeding voor de tijd die u hierin steekt. Mocht u serieus geïnteresseerd zijn, dan kunt u uw interesse bij de leden van het dagelijks bestuur of het secretariaat kenbaar maken.

Ik wens u veel leesplezier toe bij deze nieuwe PulmoScript !



Namens het bestuur,
Herman-Jan Pennings, secretaris

12 april 2012

Agenda Huishoudelijke Vergadering

1. Opening
2. Notulen vergadering 7 oktober 2011
(zie PulmoScript nr 4 -2011 pag. 7 e.v.)
3. Mededelingen vanuit het Bestuur
 - Aanbevelen KNMG richtlijn Palliatieve Sedatie
 - Geüpdatet Position paper TNFa- blokkerende middelen bij de behandeling van sarcoïdosis.
4. Mededelingen vanuit de Projectgroep DBC's
5. Mededelingen vanuit het Concilium
6. Mededelingen vanuit de Commissie Richtlijnen
7. Financieel verslag 2011 en begroting 2012
8. Verkiezingen:
 - a. **Bestuur**
Dr. F.W.J.M. Smeenk treedt af, er is een vacature gesteld. De maximale zittingstermijn van dr. B.J.W. Venmans is verstreken, hij zal worden opgevolgd door dr. B.T.J. van den Berg.
 - b. **Concilium**
De zittingstermijn van dr. E.H.J. van Haren is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar.
 - c. **Commissie Bronkhorst Colloquium**
De maximale zittingstermijn van Prof.dr. H.J.M. Groen, dr. J.A. van Noord en drs. W.C.J. van Veldhuizen is verstreken. Zij worden opgevolgd door dr. G.P. Bootsma, drs. G.P.M. Mannes en Prof.dr. A. Vonk Noordegraaf.
De zittingstermijn van dr. F.H. Krouwels is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar.
 - d. **Commissie Cursorisch Onderwijs**
De zittingstermijn van dr. P.Th.W. van Hal is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar.
 - e. **Commissie Visitatie Longziekten**
De zittingstermijn van dr. R.J.H. Koppers, dr. F.H. Krouwels en drs. H.J.A.M. Otten is verstreken, zij stellen zich herkiesbaar.
Drs. S.J.M. Mol treedt af op eigen verzoek.
Tegenkandidaten kunnen tot een week voor de vergadering worden aangemeld bij het secretariaat.
9. Voorstellen kandidaat-leden (zie PulmoScript nr 1 2012 - pag. 44)
10. Wat verder ter tafel komt en rondvraag
11. Sluiting

Jaarbeurs Utrecht
Hallencomplex - 2^e etage
Juliana Congreszaal

13 en 14 januari 2012

Verslag studiedagen

*voor de TBC-artsen en geïnteresseerde longartsen,
georganiseerd door de nascholingscommissie van de VvAwT*

Welkom en opening door de voorzitter, Kees van der Loo, die terugblikte op de ontwikkelingen in 2011. Hij memoreerde de oratie van Prof. Dr. Dick van Soolingen "Kleine oorzaken grote gevolgen, de typering van het tuberkelbacterie-genoom, de nuancering van de facility/community based DOT procedure, de communicatieproblemen rond de EHEC in Duitsland, de WHO waarschuwing over ineffectieve TBC testen, GeneXpert bij RIVM en de nascholing als platform voor het open professionele debat.

De directeur van KNCV Tuberculosefonds, Peter Gondrie belichtte op nationaal niveau de samenwerking KNCV met CIB. Het beheer van de Nederlandse Tuberculose Registratie (NTR) wordt medio 2012 overgedragen aan RIVM/CIB. Een aantal

medewerkers van KNCV worden bij het CIB ondergebracht. Ook wordt de CPT geëvalueerd over de implementatie van het afgesproken beleid, met aandacht voor de organisatorische aspecten. Op internationaal niveau komt er steeds meer betrouwbare data ter beschikking over tuberculose, de registratie in de wereld wordt steeds meer betrouwbaar. Wereldwijd zijn er nu 8.8 miljoen patiënten, waarvan 1.1 miljoen ook HIV geïnfecteerd. Van alle TBC-patiënten wordt nu ca. 65 % opgespoord, in 87% van de patiënten wordt de TBC-behandeling succesvol afgesloten

Over diagnostiek en behandeling sprak Charlie Obihara, kinderarts in het Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg. Als paradox gaf hij aan dat wij de ziekte TBC kunnen genezen, echter TBC is een van de drie grote plagen van de

mens. In de Westerse landen komt 11% van de TBC-gevallen voor bij kinderen, in de ontwikkelingslanden is dat 20 – 40 %. De jongste kinderen zijn het ziekste. Bij kinderen is er snelle dissimilatie naar andere organen. Specifieke aspecten bij kinderen: geen cavernes, lage bacterieload. Ze hoesten slecht sputum op en er is frequent een negatieve kweek. Zoek bij kinderen de bronpatiënt in het gezin, dan heb je ook het resistentiepatroon.

De WHO adviseert op basis van studies uit Zuid Afrika om bij kinderen hogere dosis medicatie te geven: H (Isoniazide) 10 mg/kg, R (Rifampicine) 15 mg/kg, Z (Pyrazinamide) 35 mg/kg en E (Ethambutol) 20 mg/kg.

Karen Fijstra, longarts in Alkmaar presenteerde de uitkomsten van een retrospectief onderzoek met de GGD Amsterdam naar kinderen onder vijf jaar in bron- en contactonderzoek. Het natuurlijk beloop bij kinderen is 3 - 4 weken na infectie: primair complex, 1 - 3 maanden: hematogene verspreiding: meningitis, miliair beeld, 3 - 7 maanden ontwikkelen van infiltraten, 1 - 3 jaar: optreden van calcificaties. Van kinderen, die in contact waren geweest met een besmettelijke TBC-bronpatiënt, is retrospectief statusonderzoek gedaan. Van de 100 kinderen ontwikkelden er 11 actieve TBC, waarvan 7 tijdens chemoprophylaxe. Opvallend weinig kinderen met BCG vaccinatie ontwikkelden actieve TBC.

Sytze Keizer presenteerde een complexe casus over diagnostiek en behandeling van twee zusjes en een tante met MDR tuberculose.





Christiaan Mulder PhD student bij KNCV Tuberculosefonds heeft onderzoek gedaan naar de implementatie van richtlijnen voor contactonderzoek. Hoe goed gebruiken de GGD'en de richtlijn? Hij heeft bij 7 GGD'en gekeken. De volgende items zijn bekeken: protocollen, uniform beleid, bepalen ringindeling en opschalen. Het blijkt dat de richtlijnen niet volledig geïmplementeerd zijn: er is geen uniform beleid, bij het bepalen van de ringindeling wordt wel veelal gebruikt gemaakt van de tabel uit de "Richtlijn Tuberculose Contactonderzoek". Opgemerkt is dat er geen koppeling is tussen de Verpleegkundige anamnese lijst, Tubis, het resultaat van het contactonderzoek en Osiris: alles moet handmatig verwerkt worden.

De aanzet tot Europese richtlijn voor contactonderzoek werden belicht door Connie Erkens, KNCV en Margreet Kamphorst, GGD Rotterdam. In Nederland wordt 60 % van alle LTBI en 78 % van de TBC vervolgevallen gevonden in de 1^e ring van contactonderzoek. Artikel "Tuberculosis

contact investigation in low prevalence counties: a European consensus" beschrijft details van Europese aanpak. Hoofdpijnen in deze aanpak zijn: infectiositeit van de index (ZN positief), mate van blootstelling (contacttijd) en individuele gevoeligheid van contacten (HIV, transplantatie, anti-TNF α en kinderen beneden de 5 jaar). Indeling is dan niet in ronden maar in prioriteit (high – medium – low). Bij MDR of XDR is geen zinvolle preventieve therapie mogelijk bij gevonden contacten. Het is dan wel zaak de patiënten en diens huisarts goed te informeren.

Contactonderzoek doe je samen werd gepresenteerd door Joke van Loenhout (GGD Nijmegen), Anneke van Veen (longarts/tuberculosecoördinator CWZ Nijmegen) en Wil Overeem, bedrijfsarts. De indexpatiënt met tevens een maligniteit ontwikkelde een pneumonie, die niet opknapt. Voordat de diagnose longtuberculose werd gesteld, had de patiënt al op diverse afdelingen van het ziekenhuis gelegen. Contactonderzoek in de thuissituatie werd door GGD gedaan, in het

ziekenhuis kreeg het contactonderzoek een moeizame start.

Contactonderzoek GGD in de thuissituatie

Ring	Onderzocht	TBC	LTBI
1	27	5	8
2	32	0	3
3	18	0	0

Aanspreekpunt in het ziekenhuis was de longarts-tuberculosecoördinator, deze had de regie van het contactonderzoek van de medepatiënten. Het ziekenhuis informeerde de medepatiënten, die werden gecontroleerd bij eerstvolgend bezoek aan specialist. Het personeel werd gescreend door de bedrijfsarts. Lessons learned: actief contact zoeken met sleutelfunctionarissen en de communicatie op elkaar afstemmen.

's Avonds presenteerde Erik Huisman (GGD Den Haag) met hulp van Roxana van Nispen (GGD Brabant ZO), Kees van der Loo (GGD Gelre-IJssel) en C. Bröker (radioloog Juliana ziekenhuis Apeldoorn) een serie thoraxfoto's van kinderen, al dan niet met tuberculose.

Het laatste programma onderdeel is interactieve casuïstiek door Sytze Keizer van de GGD Amsterdam, Richard van Altena en Wiel de Lange, beide van Beatrixoord in Haren en Cecile Magis-Escurra, Dekkerswald, Groesbeek. Na inleiding van de casus door de inleider konden de toehoorders met stembriefjes hun mening kenbaar maken en een toelichting geven op hun idee. Het blijkt dat er bij complexe casuïstiek veel afwegingen gemaakt dienen te worden, waarbij de evidence ontbreekt en de expertise van de behandelaar leidend wordt.

Ben Koster & Erik Huisman

Robotchirurgie

Een interview met Ghada Shahin, Cardio-thoracaal chirurg

Al op jonge leeftijd was Ghada Shahin gefascineerd door het inwendige van de mens en na het zien van een bypassoperatie op tv wist zij dat zij dat later wilde gaan doen. Thoraxchirurgie was in die tijd een echt mannenberoep, maar toen het Antonius Ziekenhuis haar de kans gaf om daar de opleiding tot cardio-thoracaal chirurg te volgen greep zij deze met beide handen aan. Nu is zij cardio-thoracaal chirurg in de Isala Klinieken te Zwolle waar zij in oktober de eerste longoperatie in Nederland heeft uitgevoerd met gebruik van Robot Assisted Thoracoscopic Surgery (RATS).

Robotchirurgie wordt in Nederland al jaren volop gebruikt voor urologische en gynaecologische operaties. In het hartlongcentrum van de Isala Klinieken te Zwolle wordt de Da Vinci robot sinds kort ook gebruikt voor longoperaties.

Longoperaties zijn met behulp van VATS (Video Assisted Thoracoscopic Surgery) de laatste jaren veel minder belastend voor de patiënt geworden doordat het spreiden van de ribben niet meer noodzakelijk is. Robotchirurgie (RATS) biedt echter nog meer voordelen. Kleinere incisies, minder bloedverlies, minder kans op infecties. Door het sterk vergrote 3D beeld in hoge resolutie kan de chirurg nog veel nauwkeuriger werken en volledige

lymfeklierdissectie doen. Hierdoor is de operatie completer en de "pakkans" van micrometastasen groter waardoor de overlevingskansen wellicht vergroot worden. De robot heeft een tremorfilter, de instrumenten zijn fijner dan het VATS instrumentarium en de bewegingsuitslagen groter waardoor de instrumenten nog nauwkeuriger bewegen dan de hand van de chirurg zelf.

Hoe werkt de robotchirurgie?

Er zijn drie onderdelen aan de robot: "het brein" (vision cart) dit deel bevat een scherm voor de operatieassistent en medechirurg aan tafel, tevens de computeraansluitingen en camera-aansluiting; "robot" (patient cart) dit is het deel waar de patiënt op aangesloten wordt en de "surgeon console"



FOTOS: NICOLETTE SCHWARTE



hierachter neemt de chirurg plaats en bestuurt met masters (joysticks) de instrumenten binnen in de patiënt terwijl hij kijkt door 3D goggles.

Hoe komt het dat robotchirurgie nog zo weinig gebruikt wordt voor longoperaties?

De robot is duur in aanschaf en alleen met een sluitend businessplan waarbij de robot optimaal gebruikt dient te worden kan een robotprogramma werken. Technisch is het anders dan wat men als chirurg altijd geleerd heeft dus niet alleen de chirurg maar het gehele team moet bereid zijn de uitdaging van de leercurve aan te gaan.

Wat heeft u er toe gebracht deze techniek naar Nederland te halen?

Het feit dat VATS geen sine qua non is voor longoncologische resecties, de toepassing voor de hartchirurgie en de samenwerking met urologie en binnenkort ook gynaecologie. Maar

voor de longchirurgie staat voorop dat deze techniek waarschijnlijk een grote plaats gaat krijgen, omdat het chirurgische trauma zodanig verkleind kan worden dat patiënten sneller herstellen en dus ook sneller weer mee kunnen doen aan het maatschappelijke (arbeids) proces en minder hoeven te leunen op ondersteunende instanties als fysiotherapie, pijnanesthesie etc.

Hoe bent u hier voor opgeleid?

Er gaat een degelijke opleiding aan vooraf, waarbij het gehele team betrokken wordt. Het houdt in dat er meerdere malen "dry runs" worden gehouden om de apparatuur volledig onder de knie te krijgen, er wordt geoefend op cadavers en diermodellen, tevens zijn er meerdere reizen ondernomen voor case-observations. Tot slot verlopen de operaties onder toezicht en assistentie van een proctor. In mijn geval is dat dr. Franca Melsi een ervaren thorax chirurgie uit het

universiteitsziekenhuis in Pisa. Zij is ook aanwezig bij grote robotlongoperaties om mij met raad en daad bij te staan.

Komt iedere patiënt voor robotchirurgie in aanmerking?

In de beginfase is het belangrijk een zorgvuldige patiëntselectie te verrichten (bijv. T1-T2 tumoren, geringe co-morbiditeit, toegankelijk postuur etc.) maar in theorie kan elke patiënt hiervoor in aanmerking komen.

Welke interventies zijn mogelijk met robotchirurgie? Zijn er lobectomieën of zelfs pneumonectomieën mogelijk?

We hebben longbiopsies verricht, metastasectomieën, bullectomie/pleurectomieën, een patiënt met een pericardcyste en lobectomieën. In principe zou een pneumonectomie ook mogelijk zijn maar dat is nu nog toekomstmuziek. Thymectomie is ook een zeer goede indicatie om met de robot te doen.

Is de RATS ook toepasbaar bij diagnostische procedures zoals bij een chirurgisch longbiopt?

Zeker!

Wat is er bekend over de bijwerkingen van de behandeling?

Welke bijwerkingen? Men heeft nagevoel geen pijn, we zijn gestopt met de epiduraalpijnstilling en zetten nu pre-operatief een Chirocaine zenuwblock. Hiermee is de pijn goed te behandelen en de patiënten gaan als het even kan dezelfde dag uit bed en worden de volgende dag op paracetamol en indien nodig een NSAID gezet. De draininsteekopening is de plek van de pijn en we proberen dan ook daags na de operatie de drain te verwijderen.

Zijn er gegevens over de veiligheid van de procedure?

In getrainde en ervaren handen is de procedure veilig. Natuurlijk moet de chirurg achter de console en de chirurg aan tafel zeer goed op de hoogte zijn van de anatomie van hart en longen, maar ook van de ins en outs van de robot. Protocollair werken is een vereiste. Werken met de robot vraagt om een toegewijd en speciaal getraind team. In Zwolle zijn we gezegend met een dergelijk team.

Wat is het voordeel boven de gangbare longchirurgie?

Nog vlotter herstel en minder pijn dan met VATS en dus kortere opnameduur en snellere deelname aan het sociale en arbeidsproces. Verder kan een complete lymfklierdissectie uitgevoerd worden, nog completer dan met VATS. Tot slot zal in de toekomst wellicht de indicatiestelling verder uitgebreid kunnen worden.

Heeft het nieuwe vergoedingstelsel ook invloed op het gebruik van de Da Vinci robot?

Nee, eigenlijk niet. We opereren alle

geschikte operatiekandidaten.

Hoe is het contact met het team als u op afstand van de patiënt achter de console zit?

De console is in dezelfde operatiekamer als de operatietafel waar de patiënt op ligt en de rest van het team zich bevindt. De communicatie verloopt luid en duidelijk door een ingebouwde microfoon in de console, iedereen is goed op elkaar ingespeeld en de communicatie loopt uitstekend. We gebruiken allemaal dezelfde termen waardoor onmiddellijk voor een ieder duidelijk is wat bedoeld wordt.



Vooraankondiging

De Isala Klinieken te Zwolle hebben het genoegen u uit te nodigen voor het symposium **“Robotic thoracic surgery and beyond, the experts at work”** op **9 mei** aanstaande ter ere van de aanwezigheid van twee internationale kopstukken op het gebied van de robot chirurgie: Prof. Dr. R. Cerfolio (UAB, USA) en Dr. F. Melfi (Pisa, Italië) in Nederland.

Er zal een robot live case presentatie gehouden worden evenals lezingen over diverse onderwerpen betreffende de complexe longchirurgie in het algemeen en de robot longchirurgie in het bijzonder.

Dit initiatief werd mede mogelijk gemaakt door samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Longchirurgie. Voor inschrijving mail: a.brantenaar@isala.nl

Namens G. M. M. Shahin, cardio-thoracaal chirurg en dr. W. Oosterhuis (namens NVVL)



Prof. dr. P. Baas

Hoogleraar pulmonale oncologie

Paul Baas (1958) is verbonden aan het Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis sinds 1990. Na zijn promotie in 1994 aan de Universiteit van Amsterdam heeft hij zich toegelegd op de behandeling van longkanker en maligne mesothelioom. Sinds 2010 is hij hoofd van de afdeling Thorax Oncologie in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis en bekleed internationale functies zoals in de EORTC, the European Thoracic Oncology Platform and the International Mesothelioma Interest Group. Op 19 december 2010 is hij benoemd tot hoogleraar Pulmonale Oncologie aan de Universiteit van Amsterdam. Op 8 september 2011 hield hij zijn oratie getiteld: *Asbest en roken, een maatschappelijk dilemma*.

1 *Wat zijn de kernpunten van uw recente onderzoek en hoe zijn deze tot stand gekomen?*

Sinds mijn aanstelling aan het NKI/AvL werd het duidelijk dat er een grote noodzaak bestaat niet alleen voor een verbetering van de behandeling van longkanker, maar voor een ziekte als maligne mesothelioom.

Opvallend is dat beide ziekten vrijwel geheel door externe factoren veroorzaakt worden en adequate preventie en bescherming hiervoor een vermindering van de incidentie tot gevolg heeft. Het feit dat deze patiënten vaak op oudere leeftijd met deze ziekte geconfronteerd worden en meestal een algemeen slechte conditie hebben, maakt hun een kwetsbare groep.

2 *Wat zou u willen verbeteren aan de zorg voor longkankerpatiënten in Nederland?*

Alvorens over de zorg van de patiënten te praten, zou ik eerst willen zien dat het kabinet de juiste stappen onderneemt om deze ziekte te voorkomen. Het huidige voorgenomen kabinetsbesluit om ernstig te bezuinigen op preventie van het roken, is onacceptabel. Voor die patiënten die dan toch de ziekte krijgen, is buiten een adequaat en vlot diagnostisch traject, een goede begeleiding tijdens de behandeling noodzakelijk. De ontwikkelingen op moleculair biologisch gebied bieden ons veel meer kansen om patiënten meer gericht te behandelen. Helaas blijft er nog een grote groep over die minder fortuinlijk is en waarbij de standaard chemotherapie toegepast moet worden.

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

Er zijn een paar publicaties waar ik zelf van vind dat die duidelijk een bijdrage geleverd hebben aan behandeling. Op het gebied van het kleincellig onge-differentieerd longcarcinoom is het duidelijk geworden dat bestraling een belangrijke toevoeging heeft op de chemotherapie welke gelijktijdig gegeven wordt. Wij hebben aangetoond dat het involved field bestralen, dus alleen van de betrokken lymfklieren, even goede resultaten geeft dan de wijze waarop vroeger grote velden noodzakelijk geacht werden. Op het gebied van mesothelioom is het duidelijk dat we samen met de Werkgroep Mesotheliomen van de NVALT duidelijk gemaakt hebben dat er een standaard behandeling voor het maligne mesothelioom is en wij vorig jaar een grote gerandomiseerde fase III studie hebben afgesloten, waarbij de waarde van thalidomide als onderhoudsbehandeling werd onderzocht.

4 Welke ontwikkelingen met betrekking tot de longoncologie verwacht u in de komende jaren?

Het is duidelijk dat de weg van moleculaire biologische analyse een belangrijke positie in zal nemen. Het analyseren van de oncogene drivers en aangedane suppressor genen zullen de leidraad zijn voor de ontwikkeling van nieuwe medicamenten. De personalized treatment staat hierbij voorop. Voor de patiënten die lokale behandeling behoeven (stadium III-A/III-B) is er nog veel te winnen door toepassing van de gecombineerde chemo-radiotherapie. Op het gebied van vroege diagnostiek zal het duidelijk moeten worden of de huidige wijze van screening wel kosteneffectief is. De ontwikkeling van de zogenaamde e-nose die zijn toepassing bij astma al gevonden heeft, lijkt een veelbelovende nieuwe techniek te zijn om vroege stadia van longkanker te

vinden en is mogelijk een goede wijze van screening.

5 Hoe besteed u uw vrije tijd?

Vrije tijd? Welke?? Zoals velen van de collega's ben ik heel veel bezig, maar ik fiets naar mijn werk, probeer regelmatig te sporten en vind het heerlijk om met vrienden of collega's eens een avondje door te brengen. Voorop staat natuurlijk wel dat het contact in de familiekring voldoende aandacht krijgt.

6 Welk advies zou u willen geven aan (jonge) collega's die zich wetenschappelijk willen ontplooien?

Hierbij zou ik willen zeggen; grijp je kans om onderzoek te doen. Er zijn voldoende instituten waar dit mogelijk is en waar een combinatie van klinisch werken en translationeel werken een mogelijkheid biedt om meer diepte in je vak te geven. Als we kijken hoeveel jaren we klinisch werk moeten doen, is het eigenlijk wel erg leuk als je hierbij een wetenschappelijke hobby hebt. Toon je interesses en benader de verschillende universiteiten en research centra.

7 Hoe los je het probleem op nu het AvL een deel van de opleiding tot longarts mag invullen, maar er veel (rooster) technische problemen zijn om een oncologie stage te verrichten?

Het is inderdaad een probleem voor de deelstages om continuïteit te waarborgen. Het is duidelijk dat er bij een aantal AIOS sterk de behoefte is aan een verdiepingsstage en gelukkig kan dit tegenwoordig ook aangeboden worden. De problemen welke zich voordoen bij een goede invulling hiervan, zijn natuurlijk niet alleen praktische zaken zoals

het dienstrooster, maar ook spelen financiële aspecten waaronder huisvesting en overheveling van de financiën een rol. Om dit probleem op te lossen, zijn een aantal opties mogelijk. Allereerst goed overleg met de opleiders in de regio om eventuele onduidelijkheden weg te nemen, goede afspraken te maken over de waarneming van diensten en de voordelen van de uitvoering van zo'n stage. Ook is het zinvol om al vroeg in het opleidingstraject de AIOS te informeren over de mogelijkheden zodat er tijdig en op zo goed mogelijke wijze een inpassing in het rooster kan worden gemaakt. Momenteel ben ik blij met de fijne samenwerking die wij met het AMC en het MCA hebben in deze.



Instituut Asbestslachtoffers bereikt driekwart mesothelioom patiënten

Ongeveer drie kwart van de mesothelioompatiënten doet een aanvraag bij het Instituut Asbestslachtoffers (IAS). Dat blijkt uit een vergelijking van aanmeldingen bij het IAS in 2008 en 2009 met gegevens van de Nederlandse Kankerregistratie. Een goed resultaat als in aanmerking genomen wordt dat patiënten

veel te verwerken krijgen op het moment dat hen gemeld wordt dat ze een terminale ziekte hebben. Idealiter bereikt het IAS echter alle mesothelioompatiënten. Het is dus van belang te analyseren waarom mensen geen aanvraag indienen en het maximale te doen om ook hen te bereiken.

Wie ontbreken

De figuur hieronder laat zien dat patiënten die binnen drie maanden na diagnose overlijden, vrouwen, ouderen (80-plus), jongeren (onder 50) en patiënten met peritoneaal mesothelioom relatief minder vaak een aanvraag bij het IAS indienen. In omvang zijn vooral de eerste drie groepen van belang.

Mesothelioompatiënten	Aantal niet aangemeld (%)*
Totaal	
2007	181 (37%)
2008	147 (27%)
2009	125 (25%)
Slechte prognose: 0-3 mnd	
2008	55 (49%)
2009	60 (50%)
Ouderen: 80-plus	
2008	39 (57%)
2009	35 (45%)
Vrouwen	
2008	42 (55%)
2009	44 (63%)
Jongeren: 0-49	
2008	7 (44%)
2009	13 (59%)
Peritoneaal mesothelioom	
2008	7 (29%)
2009	9 (41%)

Bron: Integraal Kankercentrum Nederland, Instituut Asbestslachtoffers 2011

* Het percentage betreft het percentage patiënten binnen elke aparte groep.

Mogelijke verklaringen

Waarom melden patiënten zich niet aan bij het IAS, ook al missen ze daarvoor een financiële tegemoetkoming van meer dan 18.000 euro? Hiervoor kunnen verschillende redenen worden gegeven, die echter nader onderzocht dienen te worden.

- De belasting van de aanmeldingsprocedure is zwaar vooral als men geen nabestaanden meer heeft die kunnen helpen en/of van de tegemoetkoming kunnen profiteren.
- Als asbestblootstelling in het werk de oorzaak is, dienen patiënten hun werkgever aansprakelijk te stellen om in aanmerking te kunnen komen voor bemiddeling en tegemoetkoming via het IAS. Sommige patiënten willen dat niet.
- Bij vrouwen wordt de relatie met asbest minder snel gelegd.
- In sommige situaties denkt de behandelaar er minder vaak aan om te wijzen op de tegemoetkoming.

Het IAS helpt de longarts

Het IAS streeft naar bereik van alle mesothelioompatiënten. De longarts is daarin een belangrijke schakel. De meeste longartsen zijn zich gelukkig bewust van de bijzondere situatie van mensen met deze ziekte. Dat blijkt uit reacties van patiënten. Desondanks blijkt uit het belevingsonderzoek van het instituut dat nog steeds een kwart van de respondenten aangeeft dat de longarts niet heeft gewezen op het belang van een tijdige aanvraag bij het instituut. Toch nog een hoog percentage, zeker gezien de hoogte van de financiële tegemoetkoming.

Het IAS probeert de longarts op allerlei manieren op de hoogte te houden van ontwikkelingen: via jaarverslag, nieuwsbrieven, website, presentaties en overleg. Ook kan de longarts beschikken over gratis IAS-folders en informatieboekjes voor patiënten,

waarin de procedure beknopt en op eenvoudige wijze wordt uitgelegd. Deze publicaties zijn als volgt te bestellen: per e-mail secrias@ias.nl of telefonisch 070 – 349 97 54. Op de website www.asbestslachtoffers.nl is

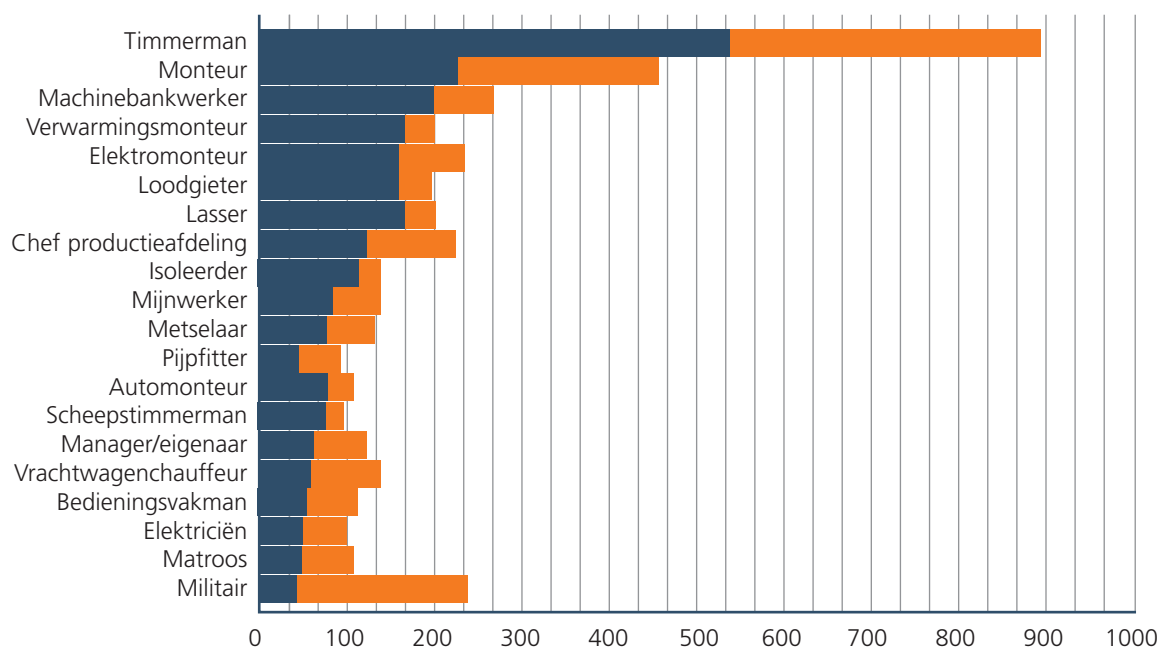
meer informatie te vinden, o.a. over internationaal medisch onderzoek naar mesothelioom. Ook is via de website de IAS-Monitor beschikbaar met gedetailleerde informatie over de incidentie van mesothelioom

in Nederland, verkregen uit de verschillende bronnen die in Nederland beschikbaar zijn.

Simone Aarendonk,
beleidsmedewerker IAS

Aantal per beroep

■ Zeker ■ Misschien



Tabel: verdeling asbestslachtoffers IAS naar beroep. Bron: IAS-aanvragers 2005 t/m 2010.

Eindelijk...!

De Longdagen 2012

Wat is er écht nieuw op het gebied van Longziekten? Waar in Nederland vindt baanbrekend onderzoek plaats? Welke zorgvernieuwing gaat werken? En welke niet...? Wat zijn de nieuwe vondsten van biologen en epidemiologen waar je als longarts echt van gehoord moet hebben? Waar houden huisartsen en kinderartsen zich momenteel mee bezig op het gebied van longziekten? Dát en nog veel meer vind je op de nieuwe Landelijke Longdagen 2012, van 12-14 april 2012 in de Jaarbeurs, Utrecht.

Landelijke Longdagen...? Is dat wat anders dan de Longartsenweek? Jazeker. De Longdagen zijn bedoeld als breed Nederlands congres op het gebied van respiratoire gezondheid en ziekte, voor uitwisseling van de nieuwste ontwikkelingen binnen de wetenschap en zorg. Voor klinici, wetenschappers, laboranten, verpleegkundigen, beleidsdeskundigen en, op de derde en laatste dag ook voor patiënten en het brede publiek (Publieksdag). De Longdagen 2012 worden georganiseerd door: de NVALT, NRS, Astma Fonds/Longfonds, CAHAG, SKL-NVK, NVLA, en de LAN. Hiermee ontstaat voor het eerst in Nederland een ontmoetingsmoment voor allen die zich bezighouden met de bestrijding van longziekten.

Na de ERS in Amsterdam had iedereen de smaak te pakken, dus gaan we voor een jaarlijks Nederlands ERSje.... Wat kan je zoal verwachten? Veel Nederlandse toppers van de jonge tot oudere jongeren, en enkele buitenlandse sprekers van de buiten categorie: Alvar Agusti, Marc Decramer, Guy Brusselle en Klaus Rabe. Maar ook de Directeur Generaal van VWS en een debat tus-

sen directieleden van grote farmaceutische industrieën. Want het moet wel een beetje levendig blijven!

Een greep:

Donderdagmiddag 12 april komen de nieuwe feiten en cijfers van longziekten in Nederland aan bod, fenotypering van longziekten, en posters over alles wat nieuw is: van moleculaire mechanismen, beeldvormende technieken, infecties, epidemiologie, oncologie, vasculair, pediatrie, longfunctie, zelfmanagement, zorginnovatie, etc., etc. Er is plaats voor ledenvergaderingen en werkgroepen, en de dag wordt afgesloten met een symposium over de veranderende rol van de industrie, een hapje en een drankje, en de posters@night!

Vrijdag 13 april zijn er parallelle symposia over: Moeilijk astma of moeilijke patiënt, eHealth, Nieuwe immunologische concepten, Innovatieve diagnostiek, Drie bijzondere ziekten, What's new in....?, Vernieuwing van de longzorg, en Innovatieve therapieën. Met plenaire lezingen over co-morbiditeit en de ERS Roadmap. En het belangrijkste: vele praatjes van jonge onderzoekers over nieuw onderzoek uit Nederland. Ten slotte reiken verschillende verenigingen hun prijzen uit voor uitzonderlijke prestaties en uitzonderlijke mensen.

Zaterdag 14 april organiseert het Astma Fonds/Longfonds de Publieksdag. Die sluit naadloos aan, met de nieuwe feiten en cijfers over longziekten, en interactieve sessies met: "Vraag het de longpatiënt, longarts, longverpleegkundige, de wetenschapper, etc.". Jonge succesvolle onderzoekers

presenteren hun werk op een wetenschapsmarkt, en we eindigen met een panel discussie met patiënt, huisarts, longverpleegkundige, wetenschapper, en belangenbehartiger. Allemaal gericht op verbetering van het leven van patiënten met longziekten.

Kortom, dit hadden we nog niet in Nederland! En het mooiste is..... voor leden van de deelnemende verenigingen zijn de Longdagen GRATIS! Dus ook voor NVALT-leden. Je ziet het goed. En met één muisklik kan je het programma downloaden en je registreren. Via de NVALT site, klik op het logo van de Longdagen, en klaar ben je. Of ga direct naar: <http://www.nrs-science.nl/nrs-meetings/longdagen-2012-nederlandse-versie/> Hier kan je ook zelf een abstract insturen, met als deadline 16 maart. En natuurlijk, er is een stevige accreditatie op komst van NVALT, NVK en NHG.



Dus "Wie houdt van vragen....., komt naar de Longdagen!"

Tot in de Jaarbeurs,

Peter Sterk
namens de Congres Commissie

Kamerlid Smilde (CDA) bezoekt Longafdeling UMCG

Tweede Kamerlid Margreeth Smilde, woordvoerder curatieve zorg (CDA) heeft 5 maart jl. een werkbezoek afgelegd aan het UMCG (Groningen). Centraal stond de behandeling van chronische longziekten en het op de lange termijn betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed houden van de chronische longzorg. Het werkbezoek werd georganiseerd door de afdeling Longziekten van het UMCG en de Long Alliantie Nederland.

Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten

Chronische longziekten vormen een groot en toenemend probleem. Een miljoen mensen hebben een chronische longziekte. Het aantal patiënten gaat nog verder toenemen door de verwachte groei van het aantal COPD patiënten van 320.000 mensen nu tot ruim 500.000 mensen. Dit zet de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit onder zware druk.

Het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten moet bijdragen aan het verkleinen van het probleem in Nederland. Ervaringen in Nederland (met actieprogramma's voor kanker en diabetes) en internationaal (onder andere longprogramma's in Finland en Zweden) laten zien dat met een gestructureerde landelijke aanpak winst wordt behaald in kwaliteit van leven en geld.

Het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten focust op vijf doelen:

- 25% minder opnamedagen in het ziekenhuis door astma en COPD; ziekenhuisopnamen zijn verantwoordelijk voor 56% van de kosten voor de longzorg.
- 15% minder verloren werkdagen door astma en COPD; het Trimbos Instituut heeft berekend dat het missen van werkdagen door longpatiënten jaarlijks € 1 miljard kost.
- 20% meer rendement in kwaliteit van leven van de patiënten per euro die aan inhalatiemedicatie wordt besteed; jaarlijks wordt € 400 miljoen euro aan inhalatiemedicatie uitgegeven voor bijna 900.000 mensen.
- 25% minder kinderen onder de 18 jaar die beginnen met roken; nu rookt 35% van de kinderen onder de 18. Dat zijn veel toekomstige longpatiënten.
- 10% minder doden door astma en COPD; jaarlijks sterven 10.000 mensen.

In Nederland werkt de Long Alliantie Nederland (LAN) aan het opstellen en uitwerken van dit actieprogramma. De LAN is hiervoor de aangewezen organisatie als federatieve vereniging voor chronische longziekten met als doelen het bevorderen van preventie en zorg voor mensen met chronische longziekten. Bij de LAN zijn 31 organisaties aangesloten: patiënten-, beroeps- en brancheverenigingen, kennisorganisaties, zorgverzekeraar

Achmea en bedrijven. Daarmee vertegenwoordigt de LAN bijna alle betrokken organisaties op het gebied van chronische longziekten. Dat is nodig voor het succesvol uitvoeren van het actieprogramma. Onderlegger voor het actieprogramma vormen de door de LAN uitgebrachte Zorgstandaarden COPD, Astma bij kinderen en Astma bij Volwassenen, die de norm vormen voor goede COPD en astma zorg. De LAN wil het actieprogramma dit jaar ontwerpen en – bij aanwezigheid van voldoende steun en middelen - starten. Alle leden van de LAN zijn betrokken en met de overheid is contact.

Margreeth Smilde: "het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten dat wordt ontworpen focust op goede doelen, het is belangrijk de COPD- en Astmazorg beter te organiseren in ketens waarbij de juiste zorg op de juiste plaats wordt aangeboden met waar mogelijk zelfmanagement door de patiënt en behandeling in de eerste lijn. Dat houdt de longzorg ook op langere termijn betaalbaar. Ik zal de ontwikkeling en uitvoering van het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten met belangstelling volgen en waar mogelijk steunen, in het belang van mensen met een chronische longziekte".

Innovatieve behandeling van COPD patiënten in het UMCG

Het UMCG behandelt jaarlijks ruim 20.000 patiënten met chronische longziekten zoals astma, COPD, longkanker, (multiresistente) tuberculose, cystic fibrosis en



chronische respiratoire insufficiënties van andere origine. Het UMCG biedt hiervoor een compleet behandelaanbod van reguliere zorg en met name ook van topreferente zorg met longrevalidatie, thuisbeademing, longtransplantatie en nieuwe weinig invasieve interventies. Uitgebreid is tijdens het werkbezoek ingegaan op de innovatieve non (en semi-)invasieve interventies die het UMCG – als enige ziekenhuis in Nederland - uitvoert. Voor mensen met ernstig COPD is het aantal behandelopties beperkt.

Longrevalidatie en medicamenteuze therapie zijn belangrijk. Longtransplantatie kan ernstige COPD patiënten redden, alleen worden er jaarlijks vanwege donortekort slechts twintig transplantaties uitgevoerd. De weinig invasieve interventies bieden uitkomst. Een van de voorbeelden is het via een flexibele slang in de luchtwegen plaatsen van kleine één-richtingsventielen. Deze sluiten de zieke en slecht werkende delen van de longen af, waardoor met de longen beter ademgehaald kan worden en patiënten letterlijk weer

lucht krijgen. Dit zorgt voor een grote toename van de kwaliteit van leven van de patiënt. Dat is waarschijnlijk belangrijker dan de wetenschap dat het wel degelijk ook levensverlenging en longfunctieverbetering geeft. Door wetenschappelijk onderzoek kan het UMCG steeds preciezer bepalen bij welke patiënten deze ingreep succesvol is.

COPD patiënten uit heel Nederland hebben belangstelling voor deze behandeling. Er zijn nu al zo'n 150 mensen behandeld en de

dankbaarheid van patiënten is groot, dat merkt het UMCG uit reacties op webfora en intensieve contacten, mails, telefoontjes, brieven die worden onderhouden met de patiënten. De ingreep kost € 20.000,-- per patiënt. Nu verloopt de bekostiging nog met tijdelijke middelen van zorgverzekeraars en donaties. In structurele bekostiging is nog niet voorzien. Daarom werkt het UMCG samen met het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en DBC onderhoud en de NVALT aan de structurele bekostiging van deze innovatieve behandeling. Dat is echter nog niet geregeld en daarom kwetsbaar.

Margreeth Smilde "Ik ben onder de indruk van de betrokkenheid en bevologenheid van de zorgverleners van het UMCG. Deze innovatie maakt het verschil voor een selecte groep COPD patiënten tussen leven zonder lucht en met lucht. Het is belangrijk om met het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten de organisatie en doelmatigheid van de longzorg te versterken, waardoor ook in de toekomst ruimte blijft voor dit soort innovaties."

Meer informatie

Meer informatie over Margreeth Smilde is te vinden op: www.cda.nl/smilde

Meer informatie over het UMCG en de afdeling Longziekten is te vinden op: www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Longziekten

Meer informatie over de Long Alliantie Nederland is te vinden op: www.longalliantie.nl

Een dag in het VUmc



1 "Vertrouwen is goed, controle is beter."
Om acht uur 's ochtends verschijnt 'eenieder' op Appèl.....voor het dagelijkse onderricht. Prof. Postmus leert ons de geheimen van de thoraxfoto. "Weet u zeker dat u dat ziet?" "Je gaat het pas zien als je het doorhebt."



2 Anco Boonstra, opleider, pater familias en ieders rots in de branding, na eerst gesproken te hebben over de wet van Bartjes en 'verse eiers', leert ons dat wij momenteel 4 overbedden hebben. Daarnaast liggen er in naburige ziekenhuizen ook al 6 gegadigden die wachten op overname.



3 Terwijl hij dit vertelt gaat de 6468. Een begrip in de VU. De volgende patiënt wordt aangekondigd via 112 en wordt over 3 minuten op de shockroom verwacht. Ook de 6074, het tweede consultensein, begint reeds te piepen.



4 Aan het einde van het onderwijs wordt door de overgebleven assistenten een ware cafeïnevariatie genuttigd bij de koffiebar in het restaurant voordat de werkdag echt begint. Rusteloos zwermen ze uit naar hun werkplekken.

(Tji Gan, Esther Nossent, Bart Wittgen)



5 Speerpunt Pulmonale Hypertensie. De AIOS die de longfunctie en PH-stage doet worstelt met een longfysiologisch probleem. Professor Vonk Noordegraaf dient snel van repliek, het is allemaal zo eenvoudig, nietwaar?



6 Speerpunt Longoncologie.
De AIOS die de longoncologie stage doen gaan langs bij professor Smit voor advies en doen een voorstel betreft behandeling, echter... Vragen worden beantwoord met wedervragen. "Waar staat dat in de literatuur?" "Is dat zo... interessant!?"



7 Speerpunt Interventie Pulmonologie.
Hoeveel starre staan er vandaag nog op het programma? Hans Daniels is nog bezig, Thomas Sutedja rent voorbij en oreert: "Confucius zei: Men moet iemand onderwijzen die weet wat hij niet weet. Mensen die denken



8 Om half vijf spoedt eenieder zich naar de overdracht waar de discussies van de dag worden voortgezet.



dat ze het weten, moet men rustig laten slapen."
Dan toch maar even oefenen op je mede mede-AIOS.
(Foto boven: Marieke Overbeek, Bart Bialosterski, Kris Mooren, Esther Nossent, Heleen Rietema, Idris Bahce, Dissen Outer en Martijn Groenendijk)



9 Oh en nu nog even allen oefenen voor de flashmob.



10 En om af te sluiten, wie gaat er het weekend mee skiën?
"Kitzbühel Genootschap"

(Esther Nossent, Bart Wittgen, Tji Gan, Joop de Langen, Marieke Overbeek en Funda Yurd)

Longartsen: Postmus, Smit, Vonk Noordegraaf, Boonstra, Sutedja, Becker, Daniels, Hashemi, Bahce, Bogaard, v. Campen en Sonnenberg.

AIOS: Suzy Samii, Serge van Wolferen, Marijn Smits-Zwinkels, Bart Wittgen, Joop de Langen, Heleen Rietema, Elske Looyen, Esther Nossent, Tji-Joong Gan

Voor deze opnamen is aan alle betrokkenen toestemming gevraagd en werd ook vooraf toestemming verleend. 🤪

De thoraxfoto, een stapsgewijze beoordeling

Medio maart zal "De Thoraxfoto, een stapsgewijze beoordeling" verschijnen.

Dit boek is geschreven voor medisch studenten, coassistenten en arts-assistenten die zich op een eenvoudige manier de basisprincipes van het beoordelen van de thoraxfoto eigen willen maken. In het boek staat het toepassen van een stapsgewijze beoordeling van de thoraxfoto centraal. Het aanhouden van een vaste volgorde in de beoordeling voorkomt dat bepaalde structuren worden overgeslagen en minimaliseert de kans dat relevante pathologie wordt gemist. Er worden ruim 250 thoraxfoto's gepresenteerd, ingedeeld naar anatomische structuren en deels naar patroon van de afwijking. De foto's zijn van veelvoorkomende afwijkingen, maar ook minder vaak voorkomende ziektebeelden worden in beeld gebracht en toegelicht. De lezer kan zelf oefenen in de stapsgewijze beoordeling met de casuïstiek die wordt aangeboden bij ieder hoofdstuk en met de complexere casuïstiek in het

afsluitende hoofdstuk.

"De thoraxfoto" is geschreven door Maarten Tip, longarts i.o. en Sander de Hosson, longarts. Beiden waren eerder medeverantwoordelijk voor het leerboek "Probleem-georiënteerd denken in de longgeneeskunde".

Sander de Hosson:

"Wij misten in onze coassistententijd een goed Nederlandstalig boek om thoraxfoto's te beoordelen en besloten samen interessante foto's te verzamelen, tot we er voldoende hadden om deze te bundelen en er een handleiding over te schrijven. Wij hebben een radioloog (Milan Pijl) gevraagd om het boek met ons mee te schrijven. Uiteindelijk vonden we een groep arts-assistenten, longartsen en radiologen die met ons meegelezen hebben in de vorm van een leescommissie, zodat het

een breedgedragen boek zal worden.

"De Thoraxfoto, een stapsgewijze beoordeling" verschijnt medio maart bij de uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

ISBN nummer: 978 90 3139 123 3



THINK TB!

Cursus voor tuberculosecoördinatoren in een wereldstad!

Sinds 2002 is de incidentie van TBC in de wereld dalende, waarbij het slechte nieuws is dat de multiresistente vorm van TBC stijgt.

De incidentie van TBC in Nederland is afgenomen tot 1000 patiënten per jaar, waarbij het gros wordt gezien in de 4 grote steden. Dat heeft als gevolg dat de gemiddelde blootstelling van artsen aan TBC erg laag is. Als longarts zien we gemiddeld 1 patiënt per jaar, de internisten moeten die ene patiënt per jaar met zijn 16-en delen!

Doordat we TBC zo weinig zien denken we vaak niet aan de mogelijkheid van TBC, met als gevolg dat er onvoldoende of onjuiste diagnostiek wordt ingezet en de diagnose gemist wordt. De presentatie van TBC is vaak heel aspecifiek en kan lijken op vele andere aandoeningen. Als er wel aan TBC wordt gedacht is het vaak lastig de diagnose te stellen, zeker in het geval van de immuungecompromiteerde patiënt of bij extrapulmonale TBC, waar de immunoreactie groot is maar de bacterial-load klein.

Om de zorg en expertise toch goed op peil te houden is het voorstel om per ziekenhuis een tuberculosecoördinator aan te stellen. Deze coördinator bepaalt het tuberculosebeleid in het ziekenhuis en is een duidelijk aanspreekpunt binnen het ziekenhuis voor collega's en personeel. Daarnaast formeert de TBC-coördinator een tuberculosecommissie binnen het ziekenhuis en werkt deze nauw samen met de GGD in de regio. De TBC-coördinator is natuurlijk bij voorkeur een longarts, maar zal in enkele

gevallen wellicht de geïnteresseerde internist infectioloog zijn.

In Rotterdam werd de eerste cursus voor deze TBC-coördinatoren georganiseerd door Marleen Bakker, longarts in het Erasmus Medisch centrum samen met Gerard de Vries en Rob van Hest, tuberculose-artsen van de KNCV en GGD Rotterdam. Er was een TBC-commissie samengesteld met Rogier Hoek, longarts in het Erasmus MC, Paul van der Valk, longarts en TBC-coördinator in Enschede, Martin Boeree, longarts en TBC-consulent in Dekkerswald, St Radboud te Nijmegen, Juliette Severin en Margreet Vos, Microbiologen Erasmus MC Rotterdam.

HEEFT U BIJVOORBEELD ENIG IDEE WIE ER IN UW ZIEKENHUIS ALLEMAAL EEN MANTOUX ZET EN AFLEEST, EN ALS U DAT WEET, WEET U DAN OOK WAAR EN HOE ZE DIE TOEDIENEN? HET SCHIJNT DAT MENIG MANTOUX IN EEN BOVENBEEN GEZET WORDT

Deze ad hoc samengestelde TBC-commissie gaven de TBC-coördinatoren voldoende handvaten om de tuberculosezorg in het eigen ziekenhuis, zowel inhoudelijk als organisatorisch te optimaliseren. Hiertoe werden de taken van de coördinator beschreven, maar werd ook ruimschoots ingegaan op diagnostiek en behandeling van TBC, de taken en organisatie van de

GGD, preventie beleid en hygiëne.

De eerste dag begon op de longafdeling in het Erasmus medisch centrum te Rotterdam, waar overigens met voortvarende Rotterdamse snelheid een indrukwekkende nieuwe hoge toren uit de grond gestampt wordt.....een nieuw ziekenhuis op de locatie van het oude, je moet het maar durven!

De cursus is klein van opzet, wat het een groot interactief karakter geeft. Paul van der Valk geeft de aftrap, met het uitzetten van de taken van de TBC coördinator. Gestoeld op zijn ervaring kwamen er toch een aantal zaken aan de orde die in uw ziekenhuis waarschijnlijk niet zo goed geregeld zijn als zou moeten. Heeft u bijvoorbeeld enig idee wie er in uw ziekenhuis allemaal een Mantoux zet en afleest, en als u dat weet, weet u dan ook waar en hoe ze die toedienen? Het schijnt dat menig Mantoux in een bovenbeen gezet wordt! Wat gebeurt er eigenlijk met de BCG blaasspoelingen op de afdeling urologie? Welke protocollen zijn er in uw ziekenhuis? En liggen die ergens in een bureaula of worden ze actief uitgevoerd? Gelukkig had hij veel handige tips en heeft hij beloofd dat we alle relevante protocollen op een usb-stick krijgen aangeleverd. Bovendien vertelde hij dat veel van zijn protocollen via de website van het ziekenhuis Enschede zijn in te zien, zodat we het wiel niet allemaal opnieuw uit hoeven te vinden.

Hierna volgde casuïstiek waarbij we ons met name bezig hielden met diagnostiek.



Want hoe gevoelig is die Mantoux nou eigenlijk en wat hebben we aan de IGRA? Hebben we een TBC uitgesloten als het sputum 3 keer negatief is, en kan die isolatie dan worden opgeheven? Natuurlijk werd een en ander rijkelijk geïllustreerd met misers van collega internisten en konden we concluderen dat de TBC-zorg echt in handen hoort van de longarts. En weer die belofte van verkrijgen van al die handige tips op een usb-stick.

Martin Boeree en Rogier Hoek hadden nog meer casuïstiek en gaven ons een korte opriscurus therapie, waarbij in Rotterdamse ogen vergelijkingen werden gemaakt met de verkeerde voet-

balelftallen! Weet u welke middelen in welke fase belangrijk zijn? Kent u de consequenties van resistentie tegen 1 van die middelen? Wat moeten we eigenlijk met een positieve zn na 2 maanden, of had u die überhaupt niet bepaald? Wanneer overlegt u met de consulenten klinische TBC? Wist u trouwens dat als je haast hebt, je de diagnose en het resistentie patroon binnen 2 uur kunt laten bepalen? Volgens Martin is het allemaal heel simpel, u volgt gewoon de richtlijn, zo moeilijk is dat niet.....om vervolgens met casuïstiek te komen waarbij we toch maar even in de telefoon klimmen.....de usb-stick biedt ook hier uitkomst!

Aan het eind van dag 1, waarbij inmiddels een usb-stick inhoud was ontstaan waarvoor een externe harde schijf nodig is (en nog 3 dagen leestijd), gingen we per watertaxi naar de SS Rotterdam. Deze tocht is natuurlijk een belevenis op zich, want wat is er mooier dan de skyline van Rotterdam vanaf het water? De SS Rotterdam is een cruise schip dat vroeger vanaf Rotterdam naar New York voer, de Holland Amerika lijn en ligt tegenwoordig aangemeerd aan het Kattendrechtsehoofd en functioneert o.a. als hotel.

Na een gezellige avond, een heerlijk diner en een goede nachtrust keerden

we wederom per watertaxi terug naar hartje Rotterdam voor de tweede cursusdag die plaatsvond in het gebouw van de Rotterdamse GGD.

Gerard en Rob verzorgden een presentatie over de organisatie van TBC-zorg en preventie in Nederland en de belangrijke rol die de GGD daarbij speelt. Natuurlijk werd een ander rijkelijk geïllustreerd met smakelijke casuïstiek vanuit de Rotterdamse haven, de Pauluskerk en de Keileweg. De GGD-diagnostiek-bus komt overal en het woord "afwerkplek" kreeg een hele nieuwe betekenis. Wist u trouwens dat je als TBC-patiënt ook met hond gewoon bij Richard van Altena terecht kunt?

WIJ CONCLUDEREN DAT DE TAKEN VAN EEN TUBERCULOSECOÖRDINATOR DIVERS ZIJN. DAT JE ALS COÖRDINATOR UP-TO-DATE MOET ZIJN OVER DIAGNOSTIEK, PREVENTIE EN BEHANDELING VAN TBC. MAAR OOK DAT JE DE SPIN IN HET WEB BENT EN COMMUNICEERT MET BACTERIOLOOG, COLLEGA INTERNISTEN, MDL EN REUMATOLOGEN

Hierna kwam de screening op LTBI aan de orde, want hoe moet dat nou eigenlijk met al die patiënten van de reumatoloog en die van de MDL arts? Wist u dat de anamnese bepalend is voor de beslissing of u een patiënt gaat behandelen als LTBI voorafgaand aan zijn anti TNFa therapie en dat een negatieve Mantoux daar niets aan verandert? Maar ziet u die patiënt met die negatieve Mantoux dan eigenlijk wel, of verwijst de reumatoloog niet in zo'n geval? Spreekt u die reumatoloog eigenlijk weleens?

Wist u dat er boosting optreedt als u een IGRA bepaald na het zetten van de Mantoux? En wist u ook dat dat juist een gewenst effect is als u op zoek bent naar LTBI?

Waar hebben we nu meer aan als we op zoek zijn naar LTBI, de Mantoux of de Igra?

Al deze vragen zijn zeer helder beantwoord en natuurlijk kwam ook dit verhaal weer terecht op de usb-stick

In de middag kwam dan eindelijk de microbioloog aan het woord over wat we nu eigenlijk zouden moeten verstaan onder open TBC....als er 3 negatieve sputa zijn is er geen open TBCtoch? Open TBC is hetzelfde als besmettelijke TBC, of niet? De patiënt heeft lymfadenopathie, nachtzweeten en gewichtsverlies, maar hij hoest niet, dus hoeft hij ook niet in isolatie, of toch wel? Die isolatiekamer

heeft een negatieve druk t.o.v. van de gang....toch? Wie is hiervoor eigenlijk verantwoordelijk? Wordt het weleens gecontroleerd?

Ik weet niet zeker of we hier nou overal zo'n eenduidig antwoord op hebben gehad, waaruit je volgens Marleen zou kunnen concluderen dat dit echt een lousy cursus is, maar..... verhelderende strategieën werden zeker besproken. En hoe het eigenlijk zou moeten in de ideale wereld met een onbeperkte beschikking over isolatiekamers weten we nu allemaal. Wist u trouwens dat 15% van de TBC-transmissie smear negatief is?

Wij concluderen dat de taken van een tuberculosecoördinator divers zijn. Dat je als coördinator up-to-date moet

zijn over diagnostiek, preventie en behandeling van TBC. Maar ook dat je de spin in het web bent en communiceert met bacterioloog, collega internisten, MDL en reumatologen. Dat je goede contacten hebt met de GGD en met de TBC-consulenten en de andere TBC-coördinatoren. Kortom: dat je gezicht geeft aan het TBC beleid in jouw ziekenhuis. Alle tools om dat optimaal te kunnen doen worden je aangereikt in deze cursus...al dan niet in de vorm van usb-stick.....

Na het volgen van deze cursus denk je als TBC-coördinator: " kom maar op, ik weet er alles van!"

Anneke van Veen,
longarts TBC coördinator Canisius
Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen

Karin Pool,
longarts TBC coördinator Rode Kruis
ziekenhuis Beverwijk

Wie? Dick Pasker

Waar? Spanje, Alicante



Waarom en wanneer ben je naar Spanje vertrokken ?

Na 8 jaar in het Waterlandziekenhuis in Purmerend gewerkt te hebben ben ik in augustus 2008 naar Alicante verhuisd. Ik was niet ontevreden met mijn werk in Nederland, maar vond het wel tijd voor nieuwe uitdagingen. We hebben uiteindelijk voor emigratie naar Spanje gekozen, mede omdat mijn echtgenote van origine Spaanstalig is. Verder natuurlijk omdat ik de mogelijkheid had om hier in een Spaans ziekenhuis aan de slag te gaan. Tenslotte vonden we het belangrijk om te emigreren voordat onze kinderen aan de middelbare school zouden beginnen.

Hoe heb je de eerste maanden ervaren?

Het was een hele overgang. Vanuit een strak georganiseerde Nederlandse perifere praktijk naar een kleiner Spaans ziekenhuis waar tot dan toe nog geen fulltime longarts aanwezig was. Aanvankelijk was het nogal rustig, inmiddels is de praktijk wel gegroeid. In het begin moest ik erg

wennen aan het feit dat patiënten hier relatief vaak niet komen opdagen. Als ik hierover klaag tegen de secretaresses halen ze hun schouders op: "dokter Pasker, kijk eens naar buiten, de zon schijnt, de mensen hebben geen zin om naar het ziekenhuis te komen, die zitten nu op het strand". Op de zeldzame dagen dat het hier slecht weer is, is het voor hen al helemaal logisch: "dokter Pasker, natuurlijk komen ze nu niet naar het ziekenhuis, het REGENT!". Inmiddels is het percentage 'no-shows' wel wat verlaagd sinds het ziekenhuis een dag voor de afspraak een SMS naar de patiënten stuurt. Engelgeduld en een flink aanpassingsvermogen blijven echter regelmatig nodig.

In welk opzicht is 'longarts zijn' in Spanje anders dan in Nederland ?

In Nederland is het werkgebied van de longarts beter afgebakend. Hier is er veel meer 'concurrentie' van bijvoorbeeld de internisten en allergologen. In de meeste ziekenhuizen is de internist hoofdbehandelaar van de opgenomen longpatiënten. Bij de gecompliceerde gevallen kom je als longarts in consult. Voor wat betreft de longoncologie speelt de longarts hier vooral een rol in de diagnostische fase, behandeling met chemotherapie is in Spanje strikt voorbehouden aan de oncoloog.

Het is moeilijk om de zaken hier efficiënt te organiseren, taakdelegatie zoals in Nederland, bestaat hier niet of nauwelijks. Als arts heb je ook weinig invloed op het algemene beleid van het ziekenhuis, het management is top-down geregeld. De medische staf is volstrekt niet georganiseerd, geen stafbestuur en dergelijke. Vergaderen is

er hier niet bij, dat was wel even flink afkicken, want in Nederland was ik als vakgroepsvertegenwoordiger heel wat aan het vergaderen.

Veel artsen werken in meerdere ziekenhuizen. Ik ga dagelijks naar 'Hospital San Jaime' in Torrevieja aan het zuiden van de Costa Blanca en doe daar poli, behandelkamer en consulten. Verder nog twee keer per week avondpoli/behandelkamer in 'Hospital de Levante', in Benidorm, het noorden van de Costa Blanca. Ik woon ergens tussenin, in de stad Alicante.

Eén van de speerpunten van het ziekenhuis in Torrevieja is oncologie, en ondanks de beperkte omvang van het ziekenhuis hebben we praktisch alle denkbare hightech middelen in huis. Voor mij als longarts wel handig; eigen PET CT, uitgebreide PA afdeling /moleculaire diagnostiek, eigen radiotherapie inclusief bijvoorbeeld mogelijkheid tot endobronchiale brachytherapie, prima functionerende IC, enzovoort. De longpathologie die ik zie is behoorlijk gevarieerd en ik zie regelmatig tamelijk zeldzame ziektebeelden.



De meerderheid van mijn patiënten zijn Spanjaarden, maar een niet onbelangrijk deel bestaat uit Noord Europeanen. Ik wissel continu tussen

verschillende talen. Soms wel aardig als je tijdens het spreekuur na een telefoongesprek tussendoor in het Spaans per ongeluk tegen een Duitser of een Engelsman die voor je zit in het Spaans verder ratelt, waarbij deze je verbaasd zit aan te staren.



Wat zijn de grote verschillen als het gaat om de gezondheidszorg in het algemeen?

In Spanje zijn er twee parallel werkende systemen: meer dan 90% van de zorg wordt geleverd door de 'Seguridad Social', oftewel de staatsgezondheidszorg. De rest van de zorg wordt geleverd door privé praktijken en privé ziekenhuizen. De staatsgezondheidszorg is voor iedereen die hier woont en belasting betaalt toegankelijk. In principe is de zorg goed, een probleem is wel de wachttijd voor toegang tot de tweede lijn, de diagnostische onderzoeken en verdere behandeling. De huisartsen en specialisten die voor de 'Seguridad Social' werken zijn ambtenaar. Via een soort examensysteem worden de beschikbare plaatsen verdeeld. Deze plekken zijn bij de Spaanse artsen erg gewild vanwege de relatief grote baanzekerheid die ze als ambtenaar hebben.

Ikzelf werk in twee privéziekenhuizen. Hiervoor heb je als patiënt een aparte verzekering nodig, of je moet de kosten uit eigen zak betalen. Ik zie een redelijke doorsnede van de bevolking, veel ambtenaren bijvoorbeeld hebben de mogelijkheid om te kiezen voor een privéverzekering in plaats van de 'Seguridad Social'. De toegangstijden zijn veel korter, en als arts heb je meer tijd per patiënt dan in de staatsgezondheidszorg. De Spaanse verzekeraars hebben in vergelijking met Nederland veel meer macht. Ze kunnen de volledige ziektegeschiedenis opvragen en inzien, en bepalen dan wat wel en niet vergoed wordt. Dat levert soms vreemde situaties op.

Nederlanders kunnen met hun Nederlandse basisverzekering bij mij in het ziekenhuis terecht. Het is denk ik goed om aan uw patiënten die aan de Costa Blanca overwinteren (de 'pensionados') mee te delen dat ze in geval van problemen bij mij terecht kunnen (Hospital San Jaime in Torrevieja, of Hospital de Levante in Benidorm). In het geval van een ziekenhuisopname geldt dat deze twee ziekenhuizen zich aanpassen als het een buitenlander betreft; er zijn tolken, een groot deel van het personeel spreekt redelijk Engels, en praktische zaken zoals het dieet, de etenstijden, de rusttijden en dergelijke worden voor de Noord Europeanen ook aangepast. Patiënten die in de omgeving van Barcelona vertoeven kunnen terecht bij collega Jennet de Groot die daar als longarts werkt. Hoewel het in Nederland niet zo gebruikelijk is om aan de

patiënt medische gegevens mee te geven, ben ik altijd blij verrast als een zieke 'pensionado' wat longfunctie gegevens en/of een CD met relevante röntgenopnames tevoorschijn tovert.

Waar sta je over vijf jaar?

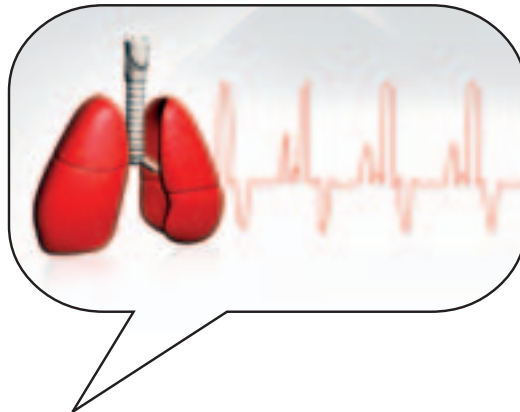
Over het algemeen bevalt het leven hier prima, mede door het goede klimaat en het wonen aan de Middellandse Zee. In principe is het dan ook de bedoeling om hier langere tijd te blijven werken en wonen. Gezien de economische crisis in Europa, en met name in Spanje, kan ik dat nu natuurlijk niet met zekerheid zeggen. Je inkomen als specialist is hier heel veel lager dan in Nederland, terwijl de kosten van het levensonderhoud niet echt veel verschillen. Ook is er hier langzamerhand een overschot aan het ontstaan aan specialisten, de 'jonge klaren' komen tegenwoordig heel lastig aan het werk.

De toekomst zal het leren...

Desde Alicante un saludo para mis colegas en Holanda !



Dick Pasker, Neumólogo
Mail: Pasker@coma.es



Pneumotox nu in app-vorm

Er zijn maar liefst 350 medicamenten die in verband worden gebracht met pulmonale toxiciteit. Deze toxiciteit varieert van hoest tot respiratoire insufficiëntie op basis van acute longschade. Bekende medicamenten die potentieel toxisch zijn voor het respiratoir stelsel zijn amiodarone, nitrofurantoïne, de ACE-remmers en sommige bètablokkers, maar een groep Franse wetenschappers hebben de bijwerkingen van alle medicamenten op de website www.pneumotox.com samengebracht. Dit leidt tot een buitengewoon nuttig instrument. Tegenwoordig zijn er applicaties beschikbaar die er voor zorgen dat de informatie bereikbaar is op de smart Phone.

Pneumotox is geschreven door een groep longartsen uit het Franse Dijon onder aanvoering van professor Camus. Op de website is een lange lijst terug te vinden met pulmonale bijwerkingen van een groot aantal medicamenten, welke inzichtelijk zijn ingedeeld. Deze gratis toegankelijke

site wordt bezocht door 6.000 tot 7.000 unieke bezoekers per maand, waarvan de helft afkomstig is uit de VS.

De site is een zeer nuttig instrument voor het opstellen van differentiaal-diagnosen binnen ons vak. Om het gebruik op de werkvloer te vergemakkelijken is de informatie hiervan in 2011 omgezet naar een 'app'.

Al langer was pneumotox beschikbaar voor programma's op de Palm en Windows Mobile zakcomputers. Gezien de snel stijgende populariteit van de Iphone, Ipad en Ipod is er nu ook een app ontwikkeld door collega Carl Kluge uit Doetinchem.

Carl Kluge: "Het programma is zeer populair, gemiddeld zijn er nu 50 - 100 downloads per week voor Iphone-gebruikers. Op die manier heb je toegang tot de informatie op de plaats waar je het nodig hebt en is het snel toegankelijk."

"De app is geschreven in samenwerking met Rob van den Broeck, een zeer handige software engineer. Het enige dat wij gedaan hebben, is om via een handig programma, de database van Pneumotox te ontsluiten voor gebruik op de 'point of care'."

Voor apple-lozen of apple-foben is natuurlijk nog altijd de zeer toegankelijke website www.pneumotox.com beschikbaar.

Het gebruik van apps binnen de geneeskunde neemt een grote vlucht. Steeds meer richtlijnen en databases zijn beschikbaar. Zo kan men apps downloaden die de PSI berekenen, de 7e editie van de TNM is beschikbaar en zijn er mogelijkheden om via de Medscape-app recent medisch nieuws te lezen en casuïstiek te beoefenen.

Wij zullen in de volgende PulmoScript een lijst en recensie geven van interessante apps die voor een longarts handig zouden kunnen zijn voor gebruik.



Samenvatting proefschrift Lianne Kastelijn

BRONCHIOLITIS OBLITERANS SYNDROME AFTER LUNG TRANSPLANTATION: BIOMARKERS FOR INFLAMMATION AND FIBROGENESIS

Universiteit van Utrecht, 17 januari 2012.
Promotoren: Prof. dr. J.C. Grutters
en Prof. dr. J-W.J. Lammers
Copromotoren: Dr. H.J.T. Ruven en
Dr. C.H.M. van Moorsel

Longtransplantatie is de laatste behandeling die mogelijk is voor patiënten met eindstadium longlijden. Echter, de overleving na een longtransplantatie is beperkt: uit internationaal onderzoek blijkt dat slechts 50 tot 60% van de patiënten 5 jaar na de transplantatie nog in leven is. De belangrijkste oorzaak van dit hoge sterftecijfer is de ontwikkeling van chronische afstoting van de long, genaamd bronchiolitis obliterans syndroom (BOS).

De ontwikkeling van BOS kenmerkt zich door schade aan de longen, onder andere door infectie en reflux, waardoor een ontstekingsreactie ontstaat welke uiteindelijk leidt tot fibrose en obliteratie van de luchtwegen.

De diagnose BOS wordt gesteld door middel van een meer dan 20% achteruitgang van de FEV1, die niet veroorzaakt mag worden door infectie, afstoting of problemen van de naad.

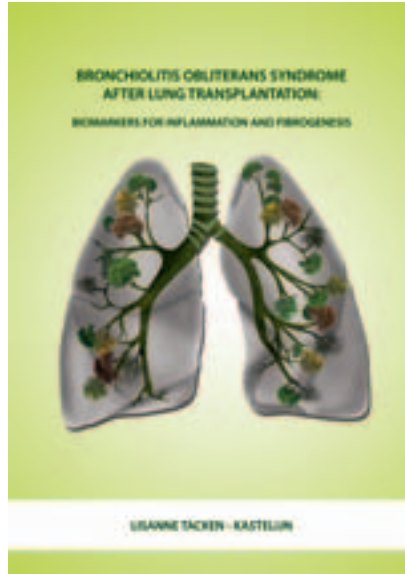
Op het moment dat de diagnose BOS wordt gesteld is het proces van chronische afstoting vaak al in een vergevorderd en irreversibel stadium en de behandelingsopties zijn beperkt. Dit benadrukt het belang van andere diagnostische mogelijkheden die het proces van afstoting vaststellen voordat de achteruitgang in longfunctie plaatsvindt.

In dit promotie onderzoek is gezocht naar biomarkers die als risicofactor kunnen dienen voor de ontwikkeling van BOS. Er werd onder andere gekeken naar de concentratie van cytokines en matrix metalloproteinases (MMP's) in serum en naar genetische polymorfismen, ook wel genoemd single nucleotide polymorfismen (SNP's), in de genen van twee MMPs en in de genen die betrokken zijn bij het aangeboren immuunsysteem. De exacte rol van de verschillende cytokines in het proces van afstoting of acceptatie van de getransplanteerde long is onduidelijk. Dit onderzoek liet zien dat de T helper 2 cytokines, zoals interleukine (IL)-4, IL-5 en IL-13, direct na transplantatie andere niveaus bereikten in de patiënten die BOS ontwikkelden vergeleken met patiënten die geen BOS ontwikkelden.

Toll-like receptoren (TLR's) zijn van belang bij de activatie van het aangeboren immuunsysteem door herkenning van pathogenen. Zij hebben ook invloed op het proces van acceptatie van de getransplanteerde long. Dit onderzoek liet zien dat bepaalde polymorfismen in het DNA van TLR2, TLR4 en TLR9 kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van BOS, mogelijk door verhoogde secretie van pro-inflammatoire cytokines die schade en inflammatie aan het epitheel veroorzaken wat bijdraagt aan de ontwikkeling van BOS.

Na beschadiging van het epitheel is een adequaat herstelmechanisme nodig om ontwikkeling van fibrose en BOS te voorkomen. Longtransplantatie patiënten die BOS ontwikkelen lijken een gestoord herstelmechanisme te hebben vergeleken met patiënten die geen BOS ontwikkelen vanwege een ander genetisch profiel van MMP7 en tevens lagere concentraties van MMP-7 in serum. Daarnaast is er in de patiënten die BOS ontwikkelen sprake van een toegenomen afbraak van het epitheel van de long, wat blijkt uit een verhoogd MMP-9 in serum. Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat verschillende biomarkers in serum en DNA samenhangen met

de ontwikkeling van BOS. Het gebruik van een risicoprofiel, onder andere bestaande uit bovengenoemde serum markers en genetische polymorfismen, zou een veelbelovende benadering voor de toekomst kunnen zijn om het risico op de ontwikkeling van BOS in te schatten en aan de hand daarvan de behandeling aan te passen. Tot slot, om het onderzoek naar BOS te verbeteren zouden grotere groepen patiënten, een lange follow-up tijd, gestandaardiseerde behandelingen, eenduidige definities van BOS, combinaties van genetische polymorfismen en een database met informatie van zowel de donor als de ontvanger zeer wenselijk zijn.



Het onderzoek is verricht in het St Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein in samenwerking met het UMC Utrecht. Het proefschrift kan opgevraagd worden op:
l.kastelij1@antoniuziekenhuis.nl



Samenvatting proefschrift Ingrid Korenromp

CHRONISCHE VERMOEIDHEID NA SARCOÏDOSE

Ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit van Utrecht, d.d. 28 juni 2011

Casus: 46 jarige man, getrouwd, 2 kinderen. Voorgeschiedenis: Sarcoïdose 2002. Laboratoriumuitslagen: ACE, Ca, sIL-2R, CRP normaal, overig: g.b.. X-thorax: geen afwijkingen. Longfunctietest: VC, FEV₁, DLCO binnen norm. Comorbiditeit: geen. Klacht: chronische vermoeid, kan dagelijkse

activiteiten niet uitvoeren. Vraag: wat adviseert u deze patiënt?

Binnen het centrum Interstitiële Longziekten van het St. Antonius Ziekenhuis werden artsen regelmatig geconfronteerd met dit dilemma. Een substantiële groep sarcoïdose patiënten hield klachten van chronische vermoeidheid, terwijl er geen ziekteactiviteit meer kon worden vastgesteld.

Het 10-minuten consult bleek te

kort om de details van de klacht goed uit te vragen; prevalentie cijfers en overige medische literatuur ontbraken. Daarom werd het tijd om chronische vermoeidheid na sarcoïdose systematisch te onderzoeken. Naast het in kaart te brengen van de karakteristieken van het fenomeen, heb ik in mijn onderzoek factoren onderzocht die kunnen samenhangen met deze vermoeidheid.

In totaal deden 75 patiënten aan het onderzoek mee. Allen hadden

sarcoïdose doorgemaakt en bij allen werd vastgesteld dat de ziekte niet meer actief was. De helft van de patiënten had klachten van vermoeidheid. Deze waren begonnen ten tijde van de sarcoïdose, gemiddeld 9 jaar geleden. Teyoren waren deze mensen niet vermoeid. Dit alleen al was een belangrijke bevinding, welke tegelijkertijd de rationale achter het onderzoek ondersteunde: vermoeidheid ontstaat door de enorme immuunrespons die optreedt bij ziekte, in dit geval sarcoïdose.

Karakteristieken

Concentratie- en geheugenstoornissen, pijn, en malaise na inspanning bleken belangrijke karakteristieken van vermoeidheid, naast angst- en depressie symptomen. Hoewel we verwacht hadden dat vermoeide patiënten langer zouden slapen, bleek dit niet waar. Ook dutten de vermoeide patiënten overdag niet langer. Wel ontwaakten de patiënten met vermoeidheidsklachten significant vaker met een onuitgerust gevoel dan de niet-vermoeide patiënten. Verder lieten spierkrachtmetingen (bovenbeen, hand, ademhaling) zien dat de vermoeide groep minder spierkracht had. Tenslotte bleek uit objectieve metingen met een actometer ('stapenteller') dat de vermoeide patiënten minder lichamelijk actief waren.

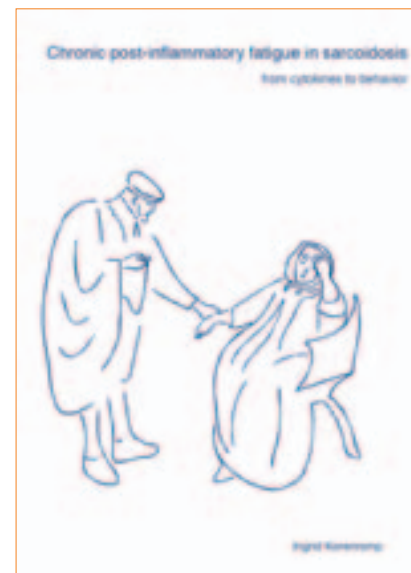
Immuunprofiel

De belangrijkste bevinding wat betreft de samenhangende factoren lag op het gebied van de immunologie. Chronische vermoeidheid was geassocieerd met een verminderde capaciteit om (na in vitro stimulatie) Th2 cytokinen te produceren – met name IL-4, IL-5 en IL-10. Het herstel van de immuunbalans die bij elke immuunrespons (of dit nu sarcoïdose of een gewone verkoudheid is) optreedt, lijkt daardoor verstoord. Naast een ander immuunprofiel vonden wij ook een verlaagde adrenaline respons bij vermoeiden wanneer zij blootgesteld werden aan acute stress. En tenslotte bleek de pijnverwerking via dunne vezels bij alle sarcoïdose patiënten minder adequaat in vergelijking met gezonde controles.

Vermoeidheidsmonitor

Toekomstig onderzoek zal zich moeten richten op het vinden van de juiste therapie voor deze vorm van chronische vermoeidheid. Daarnaast is onderkenning en behandeling tijdens de actieve fase van sarcoïdose wellicht een manier om te voorkomen dat de vermoeidheid chronisch wordt. Voorwaarde hiervoor is natuurlijk dat we vermoeidheidsklachten tijdens het ziekteverloop systematisch registreren. Dit monitoren is waarschijnlijk ook voor vele andere (chronische) ziekten zeer waardevol.

Op dit vlak van patiëntenzorg liggen er zeker nog kansen voor verbetering binnen ons ziekenhuis.



Dr. Ingrid Korenromp verdedigde haar proefschrift 'Chronic post-inflammatory fatigue in sarcoidosis' op 28 juni j.l. aan de Universiteit van Utrecht. Promotoren: prof.dr. C.J. Heijnen, prof.dr. D.H. Biesma, prof.dr. J.M.M. van den Bosch t. Co-promotoren: dr. O.J.M. Vogels, dr. A. Kavelaars. Geïnteresseerden kunnen een exemplaar of aanvullende informatie opvragen via: i.korenromp@antoniuziekenhuis.nl



Samenvatting proefschrift Frank Visser

SPIROMETRY IN PATIENTS WITH COPD: FOCUS ON EXPIRATORY AND INSPIRATORY PARAMETERS

Frank Visser, Nijmegen, 10 februari 2012
(promotor Prof. dr. P.N.R. Dekhuijzen,
copromotor dr. Y.F. Heijdra)

Het proefschrift gaat over spirometrie bij patiënten met COPD. De FEV1 is een belangrijke longfunctiemaat, gebruikt bij de diagnostiek van COPD. Het nadeel is dat patiënten na medicijnname wel verbetering voelen, maar dat deze vaak niet leidt tot een significant verbeterde FEV1 bij de individuele patiënt.

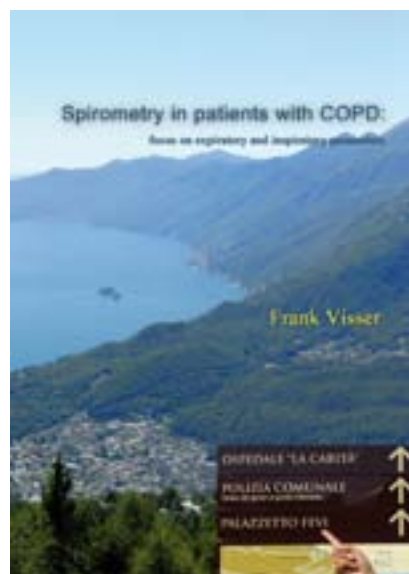
Wij denken dat de FEV1 minder gevoelig is om effecten van medicijnen te meten. Dat komt omdat geforceerd uitademen een hoge druk in de thorax geeft waardoor bronchi, vooral bij patiënten met emfyseem vernauwd worden, ongeacht de vernauwing van de bronchi door oedeem, bronchospasme en mucusvorming. Deze mechanische compressie van de luchtwegen maskeert het effect van luchtwegverwijdende, of ontstekingsremmende medicijnen. De mechanische compressie van de luchtwegen treedt niet op bij een inademing.

De FIV1: de maximale hoeveelheid lucht die men in 1 seconde kan inademen is volgens de literatuur een belangrijke inademingsmaat. Er zijn ook andere inademingsmaten

afgekort met de term ILP (inspiratory lungfunction parameters). Omdat inademingsmaten veel minder bekend en onderzocht zijn dan uitademingsmaten, onderzochten wij of we de FIV1 beter na een snelle (als onderdeel van de flow-volume curve) of na een langzame uitademing konden meten en vervolgens hoe vaak de meting herhaald moest worden voor een betrouwbare uitslag. Uit ons onderzoek bleek dat het veel verschil uitmaakt of we de FIV1 na een snelle of na een langzame uitademing meten. We vonden grote afwijkingen tussen beide methoden en constateerden dat de meting na langzame uitademing stabielere waarden oplevert. Vervolgens testten wij hoe vaak we deze FIV1-meting na langzame expiratie moeten herhalen. Hoe vaker we testen, hoe kleiner het verschil tussen de hoogste en de een na hoogste waarde, maar hoe vaker we testen, hoe groter de kans dat een test uitvalt omdat deze niet voldoet aan de normen voor een goede test. Uit deze twee gegevens kwamen we uit op 5 goed geblazen testen als optimum tussen haalbaarheid en betrouwbaarheid.

De volgende vragen zijn: hoe ziet de natuurlijke spreiding van de meting eruit (als we deze na een uur herhalen) en wat is de grootte

van deze spreiding? Immers bij een individuele patiënt, die we met een medicijn testen, moet de gemeten verbetering na het medicament, die van de natuurlijke spreiding overtreffen. We vonden dat wanneer we het verschil in liters uitdrukten, de spreiding toeneemt met het toenemen van de uitgangswaarde (heteroscedastisch), maar wanneer we het verschil uitdrukten als percentage van de uitgangswaarde, wij geen toename zien van de spreiding (homoscedastisch). Natuurlijk verkiezen we zoveel mogelijk een gelijkmatige spreiding, omdat we anders voor iedere andere uitgangswaarde



een andere spreidingsmaat moeten toekennen. Heteroscedastische spreiding vonden we ook voor de FEV1 indien we het verschil in liters uitdrukten en homoscedastisch indien we het als percentage van de uitgangswaarde uitdrukten. Het ATS-ERS criterium van een minimale response van 200 cc na bronchusverwijders is dan niet valide.

De spreidingsmaat bepaalden we voor zowel de FEV1 als voor de ILP.

Een COPD patiënt die meer verbetert dan de natuurlijke spreiding na inname van een medicament noemen we een responder.

We vonden na toediening van Salbutamol of Ipratropium niet meer

responders bij de ILP dan bij de FEV1. In het proefschrift vindt u ook hoofdstukken over pursed-lips breathing en protocollair longfunctie onderzoek. U kunt een exemplaar van het proefschrift aanvragen via f.visser@cwz.nl of downloaden via www.longcwz.nl/proefschrift/



Samenvatting proefschrift Gert Jan Mauritz

INSIGHTS INTO THE PROGRESSION OF RIGHT VENTRICULAR FAILURE IN PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION

Proefschrift Gert Jan Mauritz,
19 december 2011

Promotor: Prof. dr. A. Vonk Noordegraaf

Co-promotor: dr. J.T. Marcus

PAH is een zeldzaam ziektebeeld dat wordt veroorzaakt door geïsoleerde pathologische veranderingen van de arteriolen in het pulmonale vaatbed. Deze progressieve longvaatafwijkingen leiden tot een toename van de weerstand en de bloeddruk in de longarteriën. Als gevolg hiervan ontstaat een toenemende belasting voor de rechter ventrikel, die hypertrofisch wordt, dilateert en op den duur faalt, waardoor de patiënt uiteindelijk overlijdt.

Vroegtijdige herkenning van rechterhartfalen bij deze patiëntengroep is daarom van cruciaal belang.

De longitudinale verkorting, beter bekend als TAPSE, is een bekende afgeleide maat voor rechterkamer functie bij PAH. Echter er is vrijwel niets bekend over de transversale verkorting (tussen rechter kamer wand en septum) en de relatie met rechter hart functie. Dit onderzoek bestudeerde de relatie tussen transversale verkorting en rechter ventrikel ejection fractie en vergeleek die met longitudinale verkorting. Transversale verkorting liet een sterkere relatie met rechter ventrikel functie zien dan longitudinale verkorting. Tevens werd het verloop van lon-

gitudinale en transversale verkorting tijdens een jaar follow-up onderzocht. Hiervoor werden twee groepen patiënten gebruikt: *Stabiele PAH* patiënten die minimaal vijf jaar na diagnose overleefden en *Progressieve PAH* patiënten die tussen 1 tot 5 jaar na diagnose overleden waren.

De belangrijkste bevindingen in de progressieve PAH patiënten met rechter hartfalen waren:

1. Zowel longitudinale als transversale verkorting zijn afgenomen op baseline
2. Longitudinale verkorting blijft gelijk over de tijd, terwijl de transversale beweging verder afneemt.

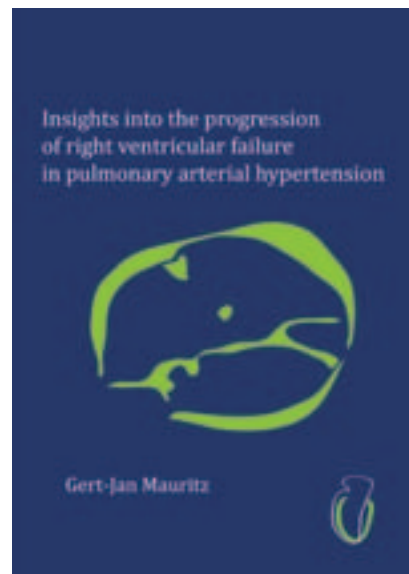
3. De verdere afname van de transversale verkorting wordt veroorzaakt door linkswaartse verplaatsing van het septum.

Deze resultaten suggereren dat transversale beweging een betere maat is om de progressie van rechterhartfalen te monitoren dan de longitudinale beweging.

Verder laat dit onderzoek zien dat het hart bij PAH inefficiënt wordt door mechanische interventriculaire asynchronie, dat bijdraagt aan het proces van rechter hartfalen. De relatieve vertraging van piekverkorting van de RV vrije wand ten opzichte van die van de LV vrije wand en het septum zijn verantwoordelijk voor dit fenomeen. De hypothese was dat de wandspanning een belangrijke rol speelt bij dit tijdsverschil tussen rechter en linker kamer contractie. Om dit te kunnen onderzoeken is gekeken naar patiënten met chronische trombo-embolische pulmonale hypertensie (CTEPH). Deze selecte patiëntengroep kan effectief behandeld worden met pulmonale trombo-endarteriëctomie (PTE). PTE resulteert in de meeste gevallen in een acute afname van de pulmonale vaatweerstand. Post-operatief was de asynchronie tussen beide hartkamers vrijwel volledig hersteld naar normaal waarden. Ook het septum verkreeg weer zijn normale configuratie. Er was een duidelijke associatie tussen mate

van afname van wandspanning en het herstel van asynchronie. De resultaten suggereren dat verhoogde rechter ventrikel wandspanning een centrale rol speelt bij het ontstaan van interventriculaire asynchronie. De toegenomen wandspanning van de rechterkamer bij PAH patiënten leidt tot stijging van b-type natriuretisch peptide (bnp) en n-terminal pro-b-type natriuretisch peptide (ntprobnp). Beide eiwitten kunnen worden gebruikt als prognostische markers in patiënten met PAH. Echter de prognostische meerwaarde van herhaalde metingen van NT-proBNP tijdens verschillende tijdstippen in het follow-up traject is onbekend. Hiervoor analyseerde men seriële nt-probnp metingen die zijn verricht in 198 PAH patiënten. Meerdere NT-proBNP bepalingen tijdens het ziekte proces geven een betere prognostische voorspelling dan een enkele bepaling. Tevens bleek dat een NT-proBNP daling van minstens 15% tijdens follow-up geassocieerd is met een betere overleving. Deze resultaten suggereren dat seriële NT-proBNP bepalingen tijdens follow-up belangrijke prognostische informatie geven en daarom standaard onderdeel zouden moeten zijn van de follow-up van de individuele PAH patiënt.

Tot slot werd de pulmonaal arterie bij PAH patiënten bestudeerd met MRI. Men vond in de eerste plaats dat het bloedflow profiel in



de pulmonaal arterie bij PAH zich kenmerkte door het optreden van backflow in de vroege fase van de systole. Het tijdstip van het begin van de backflow was geassocieerd met de hoogte van de "mean pulmonary artery pressure". Veranderingen in het flow profiel zijn indicatief voor pulmonale hypertensie. Daarnaast liet dit onderzoek zien dat tijdens follow-up er geen relatie was tussen de verandering van longslagader diameter en de verandering van de druk. Daarom kunnen de veranderingen in longslagader diameter niet gebruikt worden voor het evalueren van het verloop van de ziekte, de therapie respons of het schatten van de druk.

Elektronisch portfolio: ePASS

De moderne AIOS houdt zijn ontwikkeling tot longarts bij in een portfolio. In 2009 heeft Frank Smeenk, opleider in het Catharina ziekenhuis, samen met de Universiteit Maastricht een elektronisch portfolio ingericht volgens het opleidingsplan Pulmonologie. Het portfolio moest ook voldoen aan de eisen van het Centraal College Medisch Specialisten (CCMS). Na een pilot van een jaar met het portfolio, genaamd ePASS, kon het landelijk gebruikt gaan worden. Inmiddels werken 71 AIOS en 74 stafleden Pulmonologie in 14 ziekenhuizen met het ePASS-portfolio. ePASS wordt ook in diverse andere vervolgoopleidingen gebruikt en in totaal werken ruim 1400 AIOS met dit portfolio. Het portfolio is zo ontwikkeld dat het de AIOS ondersteunt bij het verzamelen van informatie over het functioneren binnen de 7 CanMEDS competentiegebieden en daarnaast m.b.t de verschillende door de vereniging gedefinieerde thema's. De AIOS heeft hiervoor een aantal verschillende instrumenten tot zijn beschikking:

- de korte praktijkbeoordeling (KPB) voor opleidingsmomenten tijdens het werken in de praktijk
- de Bronchoscopy Skills and Assessment Tool (BSTAT) bijvoorbeeld voor de beoordeling bronchoscopie
- de critical appraised topic (CAT) voor de evaluatie van het wetenschappelijk denken en werken
- de kennis- of voortgangstoets voor een overzicht van medisch inhoudelijke kennis

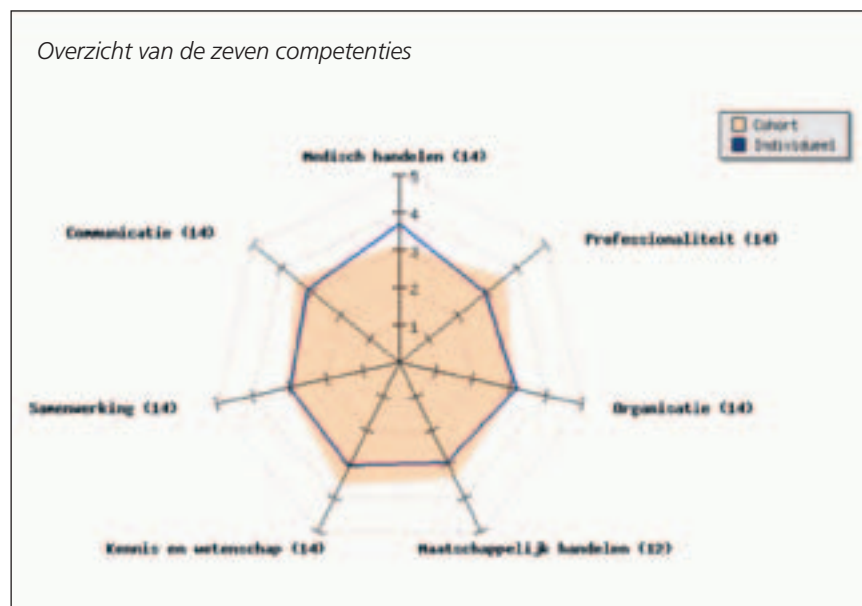
- de 360-graden feedback voor het beoordelen van communicatieve en samenwerkingsvaardigheden op de werkplek.

De AIOS nodigt via het systeem verschillende supervisors en beoordelaars uit voor het invullen van de verschillende instrumenten. Daarnaast kunnen AIOS zelfreflecties en individuele ontwikkel- en leerplannen bijhouden, evenals wetenschappelijke activiteiten (presentaties, publicaties, dissertaties) en onderwijsactiviteiten (gevolgd en gegeven onderwijs). Het systeem genereert op basis hiervan feedbackrapportages waarbij ook een vergelijking met de referentiegroep (AIOS in dezelfde fase van de opleiding) kan worden gemaakt. Zie tabel 1 voor een voorbeeld.

Verrichtingen en bekwaamheden

De verrichtingen die vastgelegd zijn in het opleidingsplan kunnen in het

elektronisch portfolio worden geregistreerd. Verrichtingen kunnen één voor één worden vastgelegd maar grotere aantallen kunnen ook in 1 keer worden geregistreerd. Er kan worden aangegeven op welk niveau de verrichting is uitgevoerd: geassisteerd/bepaalde supervisie etc. Het is tevens mogelijk om een werkplekbeoordeling zoals een OSATS, KPB of BSTAT aan de verrichting te koppelen. Wanneer de AIOS vindt dat hij/zij bekwaam is om een specifieke verrichting geheel/gedeeltelijk zelfstandig uit te voeren kan deze daarvoor een bekwaamheidsregistratie aanvragen. Het systeem genereert dan automatisch een overzicht met het aantal verrichtingen dat is uitgevoerd met daarbij de niveaus en er wordt een samenvatting gegeven van de verkregen beoordelingen. Voor de AIOS is er dan nog ruimte om een toelichting te geven. De bekwaamheidsaanvraag wordt in het system aan de opleider aangeboden, die vervolgens kan beslis-



sen de aanvraag goed- dan wel af te keuren. In het onderstaande schema vind u de verrichtingen met daarbij het te behalen eindniveau.

Het portfolio blijft ten alle tijden eigendom van de AIOS, dat wil zeggen dat AIOS het portfolio zo kunnen instellen dat het alleen inzichtelijk is voor opleiders en mentoren die hen begeleiden.

Het elektronisch portfolio kan op elke computer met internet worden gebruikt. Het systeem is goed beveiligd. Alle gegevens die worden ingevoerd worden na iedere wijziging opgeslagen en bewaard. De ervaringen met het systeem zijn tot nu toe positief. Het programma is eenvoudig en zowel AIOS als opleiders en supervisors blijken geen aparte scholing nodig te hebben om met het programma te werken. Er is een helpdesk beschikbaar voor de gebruikers, maar in de praktijk blijkt dat hier maar zelden gebruik van hoeft te worden gemaakt. Het zijn voornamelijk stafleden die hun password zijn vergeten die naar de helpdesk bellen. Jaarlijks wordt samen met de gebruikersgroepen (zowel AIOS

als opleiders) bekeken of het systeem gebruiksvriendelijk is en waar het eventueel verder kan worden verbeterd. Voor de opleiding longziekten zal dit in 2012 plaatsvinden.

Om gebruik te maken van het portfolio kunnen AIOS een account aanvragen op de website van ePass: www.epass-maastricht.nl. Stafleden of andere personen die betrokken zijn bij de opleiding en beoordelingen willen geven kunnen ook een account aanvragen. Zodra iemand een account heeft als staflid kan deze beoordelingen aanmaken en valideren. Op de website www.epass-maastricht.nl is meer informatie te vinden en zijn tevens filmpjes beschikbaar waarin wordt uitgelegd hoe de verschillende onderdelen van portfolio werken.

ePASS specialistenportfolio

Met het specialistenportfolio, biedt ePASS specialisten ondersteuning bij het IFMS, het Individueel Functioneren Medisch Specialisten. De primaire doelstelling van het IFMS-systeem is het continue evalueren en waar mogelijk verbeteren van het professioneel

handelen. Dit gebeurt aan de hand van 360-graden feedback, een gestructureerde zelfreflectie in een portfolio en een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP). In het systeem staan de zeven competentiegebieden van het CCMS centraal. Met de 360-graden feedback vraagt een specialist feedback aan collega-specialisten, patiënten en overige medewerkers. Het systeem draagt zorg voor het samenvoegen en presenteren van de beoordelingen in een rapport. De resultaten van deze 360-graden feedbackronde bespreekt de betreffende specialist met een collega-specialist of een leidinggevende en de uitkomsten worden in een gespreksverslag in het portfolio vastgelegd.

Naast de 360-graden feedback bevat het specialistenportfolio ook de module MCTQ, gericht op de opleiderskwaliteiten van een specialist. Hiermee kunnen specialisten die bij de opleiding van AIOS betrokken zijn, een 360-graden feedback ronde houden onder AIOS om zo een beeld te krijgen over de opleidingskwaliteiten van de betreffende specialist.

Voor beide modules geldt dat specialisten zelf het initiatief tot het starten van een ronde kunnen nemen. Daarnaast kan ook centraal, voor het hele ziekenhuis of binnen een afdeling, een ronde gestart, gemonitord en afgesloten worden.

Naast de 360-graden feedback en de MCTQ bevat het portfolio ruimte voor het bijhouden van het CV, bijzondere verrichtingen en onderwijs- en onderzoek gerelateerde zaken (publicaties, voordrachten, referaten)

Meer informatie over het AIOS en specialisten portfolio is te verkrijgen op: info@epass-maastricht.nl of 043 - 362 83 16

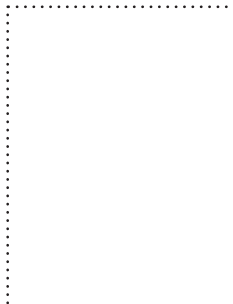
TABEL 3b – Te bereiken competentie niveau per vaardigheid

VAARDIGHEID	Bekwaamheidsniveau
Inbrengen van een arterieelijn	5
Diagnostische pleurapunctie	5
Therapeutische/ontlastende pleurapunctie	5
Thoraxdrainage	5
Pleura biopsie	3
Thoracoscopie	3
Percutane naaldspiratie	3
Flexibele bronchoscopie en gerelateerde procedures	5
TBNA	5
Transbronchiale/perifere longbiopsen	5
Broncho-alveolaire lavage	5
Starre bronchoscopie en gerelateerde procedures	1-2
Endobronchiale echografie en gerelateerde procedures	1-2
Endo-oesophageale echografie en gerelateerde procedures	1-2
Bronchoscopisch gerelateerde therapeutische interventies (laser, stentsplaatsing, etc.)	1-2
Instellen/begeleiding 'invasieve' beademing	4
Instellen/begeleiding niet invasieve beademing	5
Instellen CPAP	3
Immunotherapie	3

Kandidaat-leden



Danyal Alhafaji
(aios, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam)



Mohammad Amini
(aios, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch)



Ingrid de Backer
(aios, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen)



Danielle van den Berg
(aios, Medisch Spectrum Twente, Enschede)



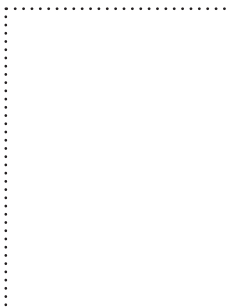
Hugo van Bergeijk
(aios, Erasmus MC, Rotterdam)



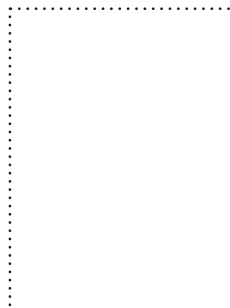
Babette Brantenaar
(aios, Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar)



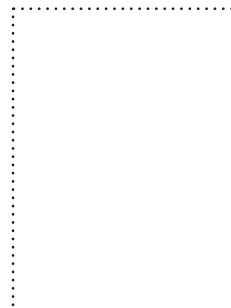
Merel Hellemons
(aios, Spaarne Ziekenhuis, Hoofddorp)



Jacobine Herbrink
(aios, Spaarne Ziekenhuis, Hoofddorp)



Jürgen Hölters (aanvullende opleiding voor Nederlandse registratie, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen)



Susan Huttenhuis
(aios, Medisch Spectrum Twente, Enschede)



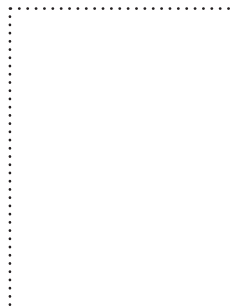
Sofie Jansen
(aios, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam)



Eva Japenga
(aios, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam)



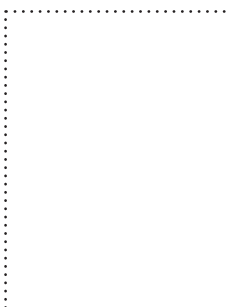
Lucie Kappelle
(aios, Isala klinieken, locatie Weezenlanden, Zwolle)



Bekir Karakaya
(aios, Sint Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein)



Nelleke Koedoot
(aios, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam)



Dave Mier
(aios, GGD Hart voor Brabant, 's-Hertogenbosch)



Linda Moonen
(aios, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven)



Arthur Mulders
(aios, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen)



Vicky Nowé
(Longarts, Amphia Ziekenhuis, Breda)



Berber Piet
(aios, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam)

Kandidaat-leden



Geert Pottelberge
(longarts, ZorgSaam Zeeuws-
Vlaanderen, Terneuzen)



Marlise de Roos
(aios, Onze Lieve Vrouwe
Gasthuis, Amsterdam)



Simone van der Sar-van der
Brugge (aios, HagaZiekenhuis,
Den Haag)



Melanie Schoutteten
(aios, Maastricht Universitair
Medisch Centrum, Maastricht)



Margriet Stellingwerf
(aios, Universitair Medisch
Centrum Utrecht, Utrecht)



Richtje Talma
(aios, Martini Ziekenhuis,
Groningen)



Bianca van Veggel
(aios, Jeroen Bosch
Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch)



Wouter Westendorp
(aios, Ziekenhuis Rijnstate,
Arnhem)

Nieuw benoemde longartsen

Nasser Alemi Zuiderzee Ziekenhuis, Lelystad

Birgitta Hiddinga Universitair Ziekenhuis, Gent

Yvette Hondebrink Refaja Ziekenhuis, Stadskanaal

Tamara Joosten VieCuri, Venlo

Julia Koopmans Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

Kris Mooren Kennemer Gasthuis, Haarlem

Toon van de Looi Reinier de Graaf Groep Delft

Sietske Smulders Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch

Liese Verhaert St. Anna Ziekenhuis, Geldrop

Anthonie van der Wekken Isala Klinieken, Zwolle

Susan van 't Westeinde Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam

Nieuwe rustende leden

Willem van den Berg Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen

Joachim van Gendt Haven Ziekenhuis, Rotterdam

Mia Koolen Academisch Medisch Centrum, 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)?

Punten	Datum	Nascholing
MAART 2012		
i.a.	23	World TB Day 2012, Rotterdam Edition: 'Urban Tuberculosis Control' - Rotterdam (NL)
i.a.	27	Anti-emetica en casuïstiek - Eindhoven (NL)
3	27	Nieuwe orale anticoagulantie, voorbereiding op het gebruik in de praktijk - Amsterdam (NL)
i.a.	28	Anti-emetica en casuïstiek - Amsterdam (NL)
1	28	Anti-emetica ontbijtsessie - Amsterdam (NL)
i.a.	28	Hands-on Workshop HRCT - Amsterdam Zuid-Oost (NL)
i.a.	28	Slaapapneu in de revalidatie - Wijk aan Zee (NL)
APRIL 2012		
12	2	Longartsenweek - Arnhem (NL)
12	4	Longartsenweek - Arnhem (NL)
3	4	Nieuwe orale anticoagulantie, voorbereiding op het gebruik in de praktijk - Utrecht (NL)
12	10	Advanced Life Support 2011 - Kolham (NL)
i.a.	12	Longdagen - Utrecht (NL)
20	16	Intensive Tropical Medicine School - Blantyre (MW)
12	17	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
3	17	Nieuwe orale anticoagulantie, voorbereiding op het gebruik in de praktijk - Eindhoven (NL)
6	18	Training MDS en KIIC volgens NICE/NVIC/NVICV - Utrecht (NL)
18	23	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
i.a.	25	MasterClass Kinderallergologie - Utrecht (NL)
12	26	Clinical Focus Sepsis - Related Respiratory Failure (SCCM) - Boston (US)
i.a.	26	First International MeetingPoint on Neurally Adjusted Ventilatory Assist (NAVA) and Neural Monitoring - Nijmegen (NL)
	26	Neurally Adjusted Ventilatory Assist (NAVA) and Neural Monitoring - Nijmegen (NL)
	26	TBC avond Gelre Zkh, Spitaal Zutphen
MEI 2012		
	10	Ergometrie cursus NVALT - Amsterdam
3	10	Nieuwe orale anticoagulantie, voorbereiding op het gebruik in de praktijk - Maastricht (NL)
6	11	Palliatieve Zorg bij COPD - Amsterdam (NL)
18	14	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	15	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
36	18	Annual Meeting American Thoracic Society (ATS 2012) - San Francisco (US)
20	18	ATS American Thoracic Society - San Francisco (US)
6	22	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
6	23	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
	30	Transthoracale echografie AMC
JUNI 2012		
3	7	Nieuwe orale anticoagulantie, voorbereiding op het gebruik in de praktijk - Nijmegen (NL)
18	9	European Anesthesiology Congress / Euroanaesthesia (ESA 2012) - Parijs (FR)
18	11	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	12	Advanced Life Support 2011 - Kolham (NL)
	14	Longaandoeningen op het werk (NKAL)
11	14	NVIC Nier, Lever en Darmdagen 2012 - Ede (NL)
3	14	Therapeutic Drug Monitoring (TDM) - Amsterdam (NL)
12	19	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
3	20	Post-ATS Highlights Symposium - Soesterberg (NL)
12	21	Masterclass Respiratory Infections/ Barcelona - Barcelona (ES)
4	21	SWAB Symposium - Utrecht (NL)
12	28	ESICM Summer Conference (European Society of Intensive Care Medicine) 2012 - Lyon (FR)
JULI 2012		
12	10	Advanced Life Support 2011 - Kolham (NL)

Punten	Datum	Naschooling
SEPTEMBER 2012		
20	1	ERS - Wenen (AT)
18	5	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
21	9	International Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC 2012) - San Francisco (US)
12	11	Advanced Life Support 2011 - Kolham (NL)
6	12	Training MDS en KIIC volgens NICE/NVIC/NVICV - Utrecht (NL)
11	13	NVIC Neurologische problematiek op de Intensive Care 2012 - Ede (NL)
12	18	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
18	24	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
OKTOBER 2012		
18	1	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	3	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
	5	NVALT Ledenvergadering
20	7	The New York Dutch Lung Cancer Course - Manhattan (US)
12	9	Advanced Life Support 2011 - Kolham (NL)
30	13	Annual Congress European Society of Intensive Care Medicine (ESICM 2012) - Lissabon (PT)
27	13	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2012) - Washington D.C. (US)
30	17	Infectious Diseases Week (ID week 2012) - San Diego (US)
18	18	Congress/Scientific Symposium: Resuscitation / European Resuscitation Council (ERC 2012) - Wenen (AT)
12	23	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
18	25	ANZICS Intensive Care Annual Scientific Meeting 2012 - Adelaide (AU)
	31	Transthoracale echografie AMC
NOVEMBER 2012		
18	7	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	13	Advanced Life Support 2011 - Kolham (NL)
6	14	Training MDS en KIIC volgens NICE/NVIC/NVICV - Utrecht (NL)
12	20	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
	22	Bronkhorst Colloquium Veldhoven
10	22	NVIC Mechanische beademingsdagen 2012 - Ede (NL)
18	26	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
	28	Transthoracale echografie AMC
DECEMBER 2012		
18	12	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	12	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
12	18	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
JANUARI 2013		
30	19	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congres (SCCM 2013) - San Juan (PR)
20	31	Bronkhorst Colloquium - Blankenberge (BE)
FEBRUARI 2013		
24	12	International Conference on Continuous Renal Replacement Therapies (CRRT 2013) - San Diego (US)
AUGUSTUS 2013		
26	28	11th World Congress on Intensive Care and Critical Care Medicine (WFSICCM 2013) - Durban (ZA)
OKTOBER 2013		
30	5	Annual Congress European Society of Intensive Care Medicine (ESICM 2013) - Parijs (FR)
27	12	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2013) - San Francisco (US)

Punten	Datum	Nascholing
		JANUARI 2014
30	9	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congres (SCCM 2014) - 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"
1		Behandeling van huiduitslag bij EGFR remmers
1		Collegetour Longcarcinoom: het belang van moleculaire diagnostiek
1		Collegetour: behandeling van het niet-kleincellig longcarcinoom
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
1		Longcarcinoom en andere thoracale tumoren
1		Longcarcinoom en andere thoracale tumoren - module 2
1		Longcarcinoom en andere thoracale tumoren - module 3
2		On-demand webcast ASCO TeleReview® 2010
1		OncoMotief 18 Klein Vlekje
1		OncoMotief 20 Therapie op maat bij NSCLC
1		On-demand webcast ASCO TeleReview®2011
6		Online nascholing Moleculaire Longoncologie
4		Online nascholing Moleculaire Longoncologie
1		Online nascholing 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
i.a.		WebTV Nieuwe astma en allergische rhinitis test 2012

REFEREERAVONDEN INFORMATIE OVER DE EXACTE DATA KUNT U VERKRIJGEN BIJ DE BETREFFENDE KLINIEKEN.
ACCREDITATIE: 2 PUNTEN