

PULMO

Script

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT
JAARGANG 23, NR. 2 JUNI 2012



PENNINGMEESTER BOB
VAN DEN BERG
stelt zich voor

OPROEP
Vera Bonta prijs 2013

SYMPOSIUM
Palliatieve Zorg bij COPD

Colofon

PulmoScript is het officieel orgaan van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)

Secretariaat NVALT en
Redactie PulmoScript
Luijbenstraat 15
5211 BR 's-Hertogenbosch
Telefoon 073 - 612 61 63
Telefax 073 - 612 61 54
e-mail: secretariaat@nvalt.nl
www.nvalt.nl

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

Uiterste datum voor insturen kopij
nr. 3: 15 augustus 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
drukkerkadviezen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



04 VOORWOORD

Bestuur

- 05 Vanuit het bestuur
- 07 Verslag huishoudelijke vergadering 12 april 2012
- 11 Penningmeester Ben Venmans neemt afscheid
- 12 Penningmeester Bob van den Berg stelt zich voor
- 13 Commissielid: lets voor u?

Commissies, secties en werkgroepen

- 19 Assistentendag 2012
- 21 KNMG Carrièrebeurs
- 22 Concept programma Bronkhorst 2013

Interview

- 16 Werken met dolfijnen, Steven Gans, Longarts te Harderwijk

Rubrieken

- 25 Nieuwe hoogleraar stelt zich voor: Geertjan Wesseling
- 30 Longen digitaal: App's
- 26 Opleiding in de kijker: Isala Klinieken. Waarom Zwolle?
- 28 Longarts in het buitenland: Niels Hornstra, Zweden

Nascholing

- 34 Samenvatting proefschrift Miep van der Drift
Epidemiologic and molecular aspects of lung cancer
- 35 Samenvatting proefschrift Willemien de Kleijn
Fatigue in sarcoidosis
- 38 Samenvatting proefschrift Mohamed Hoesein
Detection of COPD, lung function decline and emphysema progression in heavy smokers
- 39 Samenvatting proefschrift Yeun Ying Wong
Myocardial O2 supply and O2 utilization of the right ventricle in pulmonary arterial hypertension

En ook...

- 27 Oproep Vera Bonta prijs 2013
- 27 Oproep NRS Swieringa proefschrift prijs
- 30 Symposium Palliatieve Zorg bij COPD
- 31 Vergoeding omalizumab
- 32 Longartsen fietsen voor het goede doel
- 33 Rentree longartsen-voetbalelftal?

Personalia

- 40 Kandidaat-leden
- 40 Nieuw benoemde longartsen
- 40 Nieuwe rustende leden

41 Congresagenda

De laatste PulmoScript voor onze vakanties ligt weer bij u op de mat. Opnieuw gevuld met bijdragen vanuit vele hoeken van ons vak. Traditie getrouw beginnen we met het verslag van de ledenvergadering. Deze was gepland tijdens de longdagen om zo efficiënt mogelijk met ieders tijd om te gaan. Helaas was de opkomst opnieuw erg minimaal. Er waren 26 van de ruim 500 leden van de NVALT. Dat kan geen afspiegeling van onze wetenschappelijke vereniging zijn en dat baart mij en ons als bestuur ook wel zorgen. Natuurlijk realiseer ik mij dat we het allemaal druk hebben, maar ik denk dat, als wij een vuist willen maken als beroepsgroep, het erg belangrijk is goed georganiseerd te zijn en niet alleen op papier. Ik wil dan ook opnieuw een lans breken voor het bezoeken van onze ledenvergaderingen, die overigens altijd gekoppeld zijn aan een andere activiteit zoals de wetenschappelijke dag of zoals nu de longdagen. Deze dagen waren een groot succes, maar vielen helaas vlak achter de longartsen dagen in Papendal. Volgend jaar zal dit meer gespreid plaatsvinden zodat nog meer longartsen in staat zullen zijn deze dagen te volgen.

Velen waren wel aanwezig op de Hollandse avond van de ATS in San Francisco. Op zaterdagavond mochten we daar bijna 150 collega's ontmoeten. Longartsen, arts assistenten en wetenschappers voerden geanimeerde gesprekken met uitzicht over San Francisco. Onze huidige voorzitter Geertjan Wesseling heeft toen ook bekend gemaakt dat ik hem zal gaan opvolgen als voorzitter van de NVALT. Een enorme uitdaging waar ik met vertrouwen naar uitkijk. Inhoudelijk vond ik het een goed congres en dat was de mening van velen. Wij hebben daar ook zeer goed gepresteerd gezien de prijzen die daar verdiend zijn door de volgende Nederlandse wetenschappers; Willem-Jan Schellekens, Bart Moulton, Jan Polak, Lisa van de Vusse, Alexandra Smart, Liewe Bos, Anita Spanajer, Maartje Nieuwenhuis, Hans van Remoortel, Jacobien Eising, Anne van der Gugten, Ariane Wagener, en Edward Schenk. Allemaal van harte gefeliciteerd. Op bestuursniveau heeft Ben Venmans afscheid genomen en is opgevolgd door Bob van den Berg. Wij willen hem heel hartelijk bedanken voor zijn bijdrage de afgelopen jaren. Hoe hij er zelf op terugkijkt en hoe zijn opvolger tot de keus gekomen is vindt u elders in dit blad. Ook Frank Smeenk neemt afscheid als vicevoorzitter en is door mij opgevolgd. We hebben erg veel aan Frank te danken. Zijn inzet voor onze vereniging was geweldig. We zullen hem vragen terug te blikken in de volgende pulmoscript maar willen hem vanaf deze plaats alvast heel erg hard bedanken.



Ook onze assistenten zijn actief. Een verslag van de landelijke assistentendag en de carrièrebeurs zijn daar een voorbeeld van. Enthousiaste jonge collega's, daar moeten we het in de toekomst van hebben. Zij promoten mede ons vak en dragen dat over op de geneeskunde studenten die hun keuzes moeten gaan maken. Daar kan geen advertentie tegen op. Niels Hornstra is longarts in Zweden. Hij doet daar verslag van in de rubriek longarts in het buitenland. Leuk om de verschillen van uitoefening van ons vak zo persoonlijk te horen te krijgen!

Opnieuw zijn er weer 4 proefschriften geschreven en verdedigd. Miep van der Drift (longkanker), Mohammed Hoesin (COPD), Willemien de Kleijn (Sarcoïdose) en Yeun Ying Wong (Pulmonale hypertensie) geven er een korte samenvatting van.

Palliatieve zorg beslaat een groot gedeelte van ons vak en zal bij ieder ziektebeeld de aanvankelijke curatieve zorg verdringen. Dat geldt niet alleen voor de oncologische en COPD patiënt. De werkgroep palliatieve zorg opgericht aanvankelijk met het focus op de COPD patiënt, is zich daar terdege van bewust. Zij doen verslag van een recent symposium in de Koepelkerk in Amsterdam.

In het interview met Steven Gans kunt u lezen over zijn passie en werk met dolfijnen.

Sportief gezien staan we ook ons mannetje. Fietsen voor een goed doel. Toby Dijkstra, Hans Smit en Peter de Jong schrijven over hun tocht naar Davos ook waren de longartsen vertegenwoordigd tijdens de Alpe d'huzes. Verder doet Jan van der Maten een oproep om het longartsen-voetbalelftal nieuw leven in te blazen.

Veel leesplezier en alvast een goede vakantie toegewenst.

Yvonne Heijdra

Vanuit het bestuur

Waarde collega's,

Eerst maar eens het goede nieuws: na een aantal maanden zoeken heeft de vereniging sinds 1 juni een nieuwe vicevoorzitter in de persoon van Yvonne Heijdra, longarts en opleider in het Radboud UMC in Nijmegen. Daarmee neemt Frank Smeenk afscheid als vicevoorzitter/past-president. Zijn inzet voor onze vereniging was kolossaal en wij zijn hem dan ook zeer veel dank verschuldigd. Verder heeft Ben Venmans afscheid genomen als penningmeester. Ook hem willen wij hem heel hartelijk bedanken voor zijn intensieve bijdrage de afgelopen acht jaren.

Yvonne Heijdra was al wetenschappelijk secretaris en zij neemt dus volgend voorjaar het voorzitterschap van me over. Dat is daarmee ongetwijfeld in goede handen. Het betekent overigens wel dat de positie van wetenschappelijk secretaris nu vacant is en het bestuur roept u van harte op om uw eventuele belangstelling daarvoor kenbaar te maken. Yvonne zal u graag van nadere informatie voorzien. Het bestuur ziet uit naar versterking, want er is ook bestuurlijk het nodige gaande. Ondanks een groot aantal telefoontjes en een vacature voor vicevoorzitter die drie maanden op de site van de NVALT stond was het niet gelukt om voor deze klus iemand uit een niet-academische opleidingskliniek te vinden. Geheel onbegrijpelijk is dat niet, want er komt met het nieuwe opleiden, met DOT, met de bezuinigingen en met een almaar stijgende zorgvraag veel op u af. Toch

hoop ik dat er de volgende keer wel een geschikte kandidaat uit een niet-academisch centrum gevonden zal worden, en het bestuur zal daar nu al naar (blijven) zoeken.

Eén van de onderwerpen waar momenteel veel energie in gaat zitten is de "toekomstvisie longgeneeskunde" waarin verwachte ontwikkelingen en de toekomstige rol van de longarts in de gezondheidszorg worden samengebracht. Informeel is dit het stuk van "de basis en de torens" gaan heten. Daarover is al op verschillende plaatsen met een groot aantal van u van gedachten gewisseld en de eerste reacties waren zonder uitzondering positief. Kort gezegd voorziet deze toekomstvisie in het zorgvuldig beschrijven van de basiszorg van de longziekten de ontwikkeling van verdieping- of aandachtsgebieden. Aanleiding hiervoor zijn enerzijds de externe druk om hoogwaardige, herkenbare en gecertificeerde zorg te bieden in een almaar uitdijend specialisme en daarvoor maatschappelijke verantwoording af te leggen en anderzijds de ook binnen de eigen beroepsgroep ervaren behoefte om tot verdergaande specialisatie te komen. Van dat laatste zijn de tijdens de najaarsvergadering gepresenteerde plannen van de WAS en de discussie rondom het Soncos-document waaraan velen van u hebben bijgedragen sprekende voorbeelden. In dit verband wordt onder basiszorg, het fundament onder het specialisme de zorg verstaan die iedere longarts en ieder ziekenhuis dient te bieden. Daaronder valt bijvoorbeeld het grootste deel van de acute longziekten, het grootste

deel van de zorg voor patiënten met obstructieve longaandoeningen en infectieziekten alsmede de diagnostiek van complexe aandoeningen als de pulmonale oncologie, interstitiële en systeemziekten en slaapperelateerde ademhalingsstoornissen en nog veel meer. Alleen al door het volgen van de opleiding tot longarts en het bijhouden van het vak wordt iedere longarts bekwaam geacht deze basiszorg te kunnen bieden, ook tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten. De verdiepinggebieden, de toren in het conceptbeleidsplan betreffen zorg die straks niet meer door iedere longarts en in ieder ziekenhuis geboden zal (kunnen) worden. De oncologie is daarvan een voorbeeld. Momenteel is de discussie gaande over welke verdiepinggebieden nog meer ontwikkeld dienen te worden. Het bestuur nodigt de werkgroepen van de NVALT en de individuele leden van harte uit aan deze discussie deel te nemen.

Een derde niveau van deskundigheid zijn expertisecentra, in het conceptdocument de penthouses. Dat zijn de erkende katrekkers in bijvoorbeeld de oncologie of de interstitiële longziekten, of de transplantatiecentra. Daar komen zorg, wetenschappelijk onderzoek en deskundigheidsbevordering tezamen. Die expertisecentra bestaan al maar ze zullen verder ontwikkeld en gecertificeerd worden. Aan deze ontwikkelingen zal door de Sectie School voor Longziekten een palet van scholing gekoppeld worden, zodat alle longartsen door de NVALT zelf georganiseerde en geaccrediteerde scholing in de basiszorg kunnen volgen, en aanvullende bekwaam-

heden kunnen verwerven voor het inrichten van door henzelf gekozen aandachtsgebieden of torens. Guul ten Velde en Johan Molema hebben de taak op zich genomen om daarvoor een houtskoolschets te maken. In de loop van 2012 zullen deze plannen verder worden uitgewerkt en tijdens alle komende algemene ledenvergaderingen zult u in de gedachtevorming en discussie betrokken worden.

Elders in dit nummer vindt u ook een stukje over de vergoedingsperikelen van omalizumab. De vergoeding leek per 1 januari jongstleden beëindigd te worden met het opschorten van de

beleidsregel dure geneesmiddelen. Het bestuur heeft evenwel in overleg met Els Weersink die de werkgroep voorzit die de nieuwe richtlijn voor de behandeling van ernstig astma voorbereidt, het CVZ en de fabrikant een arrangement uitonderhandeld dat erin voorziet dit medicament voor geselecteerde patiënten beschikbaar te houden. Voor verdere details verwijs ik graag naar het artikel dat ik overigens in zijn geheel van harte in uw aandacht aanbeveel.

Namens het bestuur groet u
allerhartelijkst,
Geertjan Wesseling, voorzitter



12 april 2012 te Utrecht

Notulen ledenvergadering NVALT

Aanwezig (getekend op presentielijst: 26)

1. Opening

De voorzitter opent de vergadering om 16.45 uur.

2. Notulen vergadering 7 oktober 2011

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

3. Mededelingen vanuit het Bestuur Wesseling

- Aanbevelingen KNMG richtlijn Palliatieve Sedatie. Wesseling roept de aanwezigen op de aanbevelingen die in deze richtlijn van de KNMG worden gedaan, te volgen.
- Herziene versie Position paper TNFa-blokkerende middelen bij de behandeling van sarcoïdosis. Wesseling geeft aan dat dit stuk op de website van de NVALT zal worden geplaatst. Indien er geen commentaar meer komt op deze positionpaper zal hij aldus worden vastgesteld. De positionpaper is opgesteld door een klein team, deels vanuit de werkgroep Interstitiële longziekten en deels vanuit mensen die daarvoor vanuit het Bestuur de opdracht hebben gekregen.
- Soncos (Stichting Oncologische Samenwerking). Dit is een Stichting die bezig is de oncologische zorg te optimaliseren. Dit document bevat ook een hoofdstuk Longkanker. Over dit hoofdstuk is in maart een grote bijeenkomst geweest waarin de werkgroep oncologie van de NVALT, met een groot aantal collega's, geprobeerd heeft deze tekst aan te passen tot een nieuwe concepttekst die nu op de website van de NVALT staat. Het Bestuur zal met de Werkgroep Oncologie nagaan of dit de definitieve tekst kan worden. Vervolgens krijgen de individuele leden nog de kans naar het stuk te kijken en er commentaar op te leveren binnen een maand na publicatie op de website. Het commentaar van de leden zal opnieuw met de werkgroep Oncologie worden besproken, waarna de tekst zal worden vastgesteld. Van Putten merkt op dat ook op de tweede versie er nogal wat kritiek van leden is gekomen. Hij vindt dit commentaar niet terug in de voorliggende tekst. Van Putten zal zijn inhoudelijk commentaar naar het secretariaat van de NVALT sturen. Wesseling vult aan dat de invulling van het hoofdstuk Longkanker door de NVALT zal moeten worden gedaan. Indien er geen consensus kan worden bereikt, zullen partijen van buiten het hoofdstuk voor ons invullen.
- Het Bestuur van de NVALT is bezig met een meerjaren beleidsplan. Het plan is bedoeld om richting te geven aan de longarts 2020. Er is een externe consultant van de KNMG ingeschakeld om het proces te begeleiden. Inmiddels heeft er in januari een Invitational plaatsgevonden waar de eerste concepten van het beleidsplan zijn besproken. Er is een verslag van deze Invitational gemaakt, waarin duidelijk wordt dat er een basis binnen de longziekten is waarvan iedere longarts dat binnen zijn competentie zou moeten hebben. Daarop ontstaan een aantal verdiepingsgebieden en expertisecentra, in het stuk "penthouses". Dit verslag zal verder uitgewerkt gaan worden. Als voorbeeld daarvoor zou de oncologie kunnen dienen waarbij men zich kan afvragen wat iedere longarts als basis zou moeten kunnen. En wat daar boven op in een centrum zou moeten gebeuren. Het Bestuur zal de werkgroepen vragen mee te denken over deze verdiepingsgebieden. De werkgroepen zal gevraagd worden of het domein van zijn werkgroep een toren zou moeten zijn en wat de content van dat verdiepingsgebied/toren zou moeten zijn, vervolgens zal dit afgestemd moeten worden met de basis. Vervolgens geef je de scholing en certificering van de toren vorm. Het bepalen of een toren een toren is wordt niet alleen bepaald door getallen, maar heeft ook te maken met de logistiek van zorg. Ook een gedeelte van de nascholingspunten zullen binnen zo'n toren jaarlijks moeten worden behaald, wil de betreffende collega zich voor een dergelijk verdiepingsgebied kwalificeren. Daarnaast zullen er een aantal nascholingspunten binnen de basis-longziekten moeten worden behaald. Het is de bedoeling dat de werkgroepen daar gedurende dit jaar vorm aan kunnen geven. Het is ook voorstelbaar dat een aantal torens gebundeld zullen gaan worden.
- Het Bestuur van de NVALT is bezig met een businessplan voor de Sectie School voor Longziekten. Het idee is dat de Sectie School voor Longziekten zal garanderen dat iedere longarts zijn basispunten c.q. basisscholing kan behalen en dat er modulaire scholingen komen op de diverse torens/c.q. aandachtsgebieden. Het Bestuur heeft aan Johan Molema en Guul ten Velde gevraagd verder aan dit plan te gaan schrijven. In eerste instantie zal verzameld worden welke scholingen er allemaal zijn om te kijken of er witte vlekken zijn waarvoor er scholingen moeten worden georganiseerd. De scholingen zullen in de toekomst gekoppeld worden aan de eerder genoemde basis en aan de respectieve verdiepingsgebieden.
- Er wordt al een tijd gewerkt aan de richtlijn Interstitiële longziekten. Het Bestuur zal proberen dit proces trachten

te bespoedigen. Hoogsteden adviseert het Bestuur een nieuwe commissie te benoemen of nieuwe mensen aan de bestaande commissie toe te voegen.

- Op 27 juni is de Wereld Spirometriedag. De NVLA zal op verschillende locaties spirometrieën gaan afnemen.
- Op 21 juni is er een Invitational COPD. De werkgroep COPD heeft het initiatief genomen om hierover met alle leden het debat aan te gaan.
- Roflumilast is in Europa geregistreerd maar wordt in Nederland nog niet vergoed. Wesseling is met Dekhuijzen hierover in gesprek met CVZ. Waarschijnlijk zal Roflumilast in 2012 nog niet vergoed gaan worden.
- Omalizumab- Xolair. Dit middel viel oorspronkelijk onder de regeling dure geneesmiddelen. Deze beleidsregel is per 1 januari jl. geschrapt. Daarmee is de vergoeding

van Xolair vervallen. Ook hierover is het Bestuur samen met Weersink in debat met CVZ om het middel onder voorwaarden te gaan vergoeden. Inmiddels is aangeboden om de indicatiestelling beter te standaardiseren en tevens te standaardiseren dat na 4 maanden op een uniforme wijze wordt gekeken of het middel bij de individuele patiënten iets doet. De sectie Kinderlongziekten van de NVK heeft ook iets dergelijks aangeboden voor kinderen die Xolair krijgen voorgeschreven.

4. Mededelingen vanuit de Projectgroep DBC's/ DOT

- **DOT registratie**
- **nieuwe ontwikkelingen/productstructuur**
- **hernormering DOT producten**

Registraties DOT versus DBC

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

DOT registratie

- DBC's/ DOT trajecten
 - zorgactiviteiten/verrichtingen codes
 - Chipsoft
- Problemen:
- verwacht zorgproduct
 - paralleliteit

Veel vragen uit het land

- kennis nemen van zorgproducten/bomen
- lokaal met dbc coördinator afspraken over goede registratie
- tarieven dekkend?

Zorgproductviewer



Verdeelde normtijden



Nieuwe ontwikkelingen

- Reparatie productstructuur release 2013
 - longtransplantatie producten
 - longrevalidatie producten
 - ontclustering oncologische producten

- Nieuwe zorgactiviteiten codes per 2013
 - Longtransplantatie
 - Longrevalidatie
 - Begeleiding radiotherapie 039897
- Verandering afsluitregels oncologie
 - afsluitmoment voor 1 dag voor start van medicinale oncologische behandeling

Hernormering DOT-producten

- Normtijdentool
- Herijken normtijden
- NZa berekent nieuwe tarieven (binnen beheersmodel)

DOT-groep NVALT

- Personele bezetting
 - Steven Dreviers
 - Gregor Mannes
 - Koen Liesker
 - Hans van Helmond
 - Hans Grotjohan
 - ????

Hoogsteden vraagt zich af of de vergoeding van de longtransplantatie retrograad kan geschieden. Grotjohan geeft aan dat dit niet mogelijk is. Het probleem bij de invoering van een nieuw systeem is dat er altijd zaken blijven liggen. Het gaat hier alleen over het honorarium van de longartsen. De betaling van het ziekenhuisgedeelte blijft hier buiten beschouwing, deze kosten zitten in de onderhandeling van de ziektekostenverzekeraar. In het huidige beheersmodel is het zo geregeld dat als er b.v. extra tijd komt voor longrevalidatie, dit weer afgaat van de COPD-tijd. Bij de slaapregistratie is het zo dat het niet meer uitmaakt of patiënten in het ziekenhuis blijven slapen of dat dat thuis gebeurt. Ieder DOT-product heeft een honorarium- en een ziekenhuiscomponent. Een ziekenhuis kan dus beslissen om in het DOT product polygrafie te bepalen wat het honorarium van de specialist is en vervolgens beslissen welke kosten men voor de polygrafie maakt. Kerstjens merkt op dat de academische centra verzuimd hebben zich te roeren binnen de DOT-discussie, Grotjohan antwoordt dat de NVALT alleen invloed heeft op het honorarium-gedeelte van de DOT. De registratie van m.n. de longtransplantaties in de ziekenhuizen is dermate slecht geweest dat ze ook bij DBC-onderhoud niet zijn opgevallen.

5. Mededelingen vanuit het Concilium

Wesseling geeft aan dat het Concilium een voorstel heeft geschreven voor de verdeling van de opleidingsplaatsen 2013. Dit voorstel is vorige week met de opleiders besproken. Besloten is dat het Bestuur het advies van het Concilium overneemt. Het voorstel dat voorligt wijkt iets af van de

systematiek van het BOLS.

Smeenk geeft aan dat de NVALT inmiddels twee jaar bezig is met het HERMES-examen voor de aios. Tijdens de ERS hebben 13 kandidaten vanuit Nederland meegedaan, daarmee was Nederland een van de grootste deelnemers. In Utrecht hebben 121 assistenten deelgenomen aan het examen. Het volgende HEMES-examen zal plaatsvinden op 6 oktober aanstaande, Smeenk doet een oproep aan de opleiders om de aios die in het laatste jaar van hun opleiding zijn, in de gelegenheid te stellen het HERMES-examen tijdens de ERS te maken.

Hoogsteden merkt op zorgen te hebben over het feit dat tweederde van de aios perifeer opgeleid wordt. Wesseling geeft aan dat er inderdaad gediscussieerd is over de scheve verhouding tussen de academische- en perifere opleidingen en de veranderende verantwoordelijkheid die de academische opleiders zullen gaan krijgen. Heijdra vult hierbij aan dat de tijd te kort was om de discussie uitgebreid te voeren op dit moment, maar dat volgend jaar geprobeerd zal worden een goede systematiek voor de verdeling te vinden.

6. Mededelingen vanuit de Commissie Richtlijnen

Er wordt gewerkt aan een update van de richtlijn ernstig astma, incl. Omalizumab. De LAN heeft het initiatief genomen te werken aan een zorgstandaard voor Astma en aan een optimaliseringstraject voor de richtlijnen voor Astma. De NVALT en de NVK zijn gevraagd hier een bijdrage aan te leveren. Bert Roldaan is hier namens de NVALT bij betrokken.

7. Financieel verslag 2011 en begroting 2012

Venmans doet verslag.

De financiële jaarverslagen van de NVALT, FSLT en WSLT zijn beoordeeld en goedgekeurd door de kascommissie 2010 die bestond uit drs. N.K. Eliazar en drs. A.J. Polman.

Venmans geeft een toelichting op de balans, de exploitatierekening en de begroting 2012 van de NVALT, FSLT en WSLT. De vergadering gaat akkoord met handhaving van de contributie. De bedragen voor 2012 worden als volgt vastgesteld: B-leden 350 euro, C-leden 175 euro, D-leden 90 euro, E-leden 90 euro, F-leden 35 euro, H-leden 350 euro, J-leden 350 euro.

Venmans vraagt kandidaten voor de kascommissie 2011 zich bij hem te melden.

Wesseling stelt voor de Penningmeester decharge te verlenen v.w.b. het financieel verslag 2011. Aldus geschiedt. Er wordt ingestemd met de begroting voor 2012.

Op een vraag van Grotjohan antwoordt Venmans dat het eigen vermogen van de WSLT eigenlijk te hoog is. De afgelopen jaren is er steeds een negatief resultaat behaald, Venmans verwacht dat dit het komende jaar ook weer het geval zal zijn.

8. Verkiezingen:

a. Bestuur

Dr. F.W.J.M. Smeenk treedt af, er is een vacature gesteld. Gebruik is dat hij wordt opgevolgd door iemand vanuit een perifere opleidingskliniek, mocht dit niet lukken zal er ook binnen de academische klinieken geworven worden. De bekrachtiging van een nieuwe vice-voorzitter zal in de najaarsvergadering plaatsvinden. Wesseling benadrukt de uitstekende manier waarop Smeenk zijn voorzitterschap heeft ingevuld. Dit heeft zeer veel tijd en energie gekost. Zijn geweldige inzet voor de NVALT, zowel als voorzitter van het Concilium, als in de rol van voorzitter van de NVALT, wordt zeer gewaardeerd.

De maximale zittingstermijn van dr. B.J.W. Venmans is verstreken, hij zal worden opgevolgd door dr. B.T.J. van den Berg. Wesseling heeft waardering voor de uitstekende manier waarop Venmans zijn penningmeesterschap heeft ingevuld. Hij laat een financieel gezonde NVALT achter.

b. Concilium

De zittingstermijn van dr. E.H.J. van Haren is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar en wordt herkozen. Dr. L.N. van den Toorn wordt benoemd in het Concilium.

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 en wordt herkozen.

d. Commissie Cursorisch Onderwijs

De zittingstermijn van dr. P.Th.W. van Hal is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar en wordt herkozen.

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 en worden herkozen. Drs. S.J.M. Mol treedt af op eigen verzoek.

9. Voorstellen kandidaat-leden

Er zijn afmeldingen binnengekomen van Jacobine Herbrink, Eva Japenga, Lucie Kappelle, Linda Moonen, Simone van der Sar, Richtje Talma

Aanwezig zijn: Hugo van Bergeijk, ErasmusMC te Rotterdam, Danyal Alhafaji, Academisch Medisch Centrum te Amsterdam, Wouter Westendorp, Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem.

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

10. Wat verder ter tafel komt en rondvraag

Groen vult t.a.v. het Soncos document aan dat met de versie die gisteren naar het Bestuur is gezonden, de taak van de Werkgroep Oncologie er op zit. Het is nu aan het Bestuur het document verder definitief te maken.

Kerstjens merkt op dat binnen de Longalliantie Nederland er hard gewerkt wordt aan een Nationaal Actieplan Chronische Longziekten. Doelstellingen van het Actieplan zijn:

- Doel 1: 25% minder opnamedagen in het ziekenhuis door astma en COPD- betrokkene Kerstjens
- Doel 2: 15% vermindering verloren werkdagen door astma en COPD

- Doel 3: 20% meer rendement in kwaliteit van leven (ACQ/CCQ) per euro die aan inhalatiemedicatie wordt besteed- betrokkene namens de NVALT Dekhuijzen.
- Doel 4: 25% minder kinderen onder de 18 jaar die beginnen met roken
- Doel 5: 10% minder doden door astma en COPD- betrokkene namens de NVALT- Wesseling

11. Sluiting

De voorzitter sluit de vergadering om 18.00 uur.



Acht jaar penningmeesterschap door Ben Venmans

Ben Venmans, longarts in het Medisch Centrum Leeuwarden is sinds maart 2004 penningmeester van de NVALT. Nu, na 8 jaar, is het tijd om het stokje over te dragen aan Bob van de Berg. We kijken met hem terug op zijn periode als bestuurslid.

Hoe heb je jouw tijd als penningmeester ervaren?

Het was verrassend om als penningmeester gevraagd te worden bij afwezigheid van enige economische opleiding maar dit was niet ongebruikelijk. Ik heb wel wat met cijfers dus ik ben de uitdaging aangegaan en heb me bijgeschoold. Dan ben je al snel de deskundige omdat de andere bestuursleden ook geen economische achtergrond hebben. Men vertrouwt dus volledig op jouw kennis hetgeen je positie bijzonder maakt. Er zijn een aantal flinke klussen geweest maar met de opgedane ervaring werd het wel gemakkelijker. Zonder Diny die de financiële administratie voert was er echter niets van terechtgekomen. Er is in 8 jaar veel veranderd betreffende de geldstromen en de regelgeving. Zo hebben we b.v. afscheid genomen van farmaceutische bedrijven als vaste sponsors. Dit heeft gelukkig geen nadelige gevolgen gehad voor onze financiële situatie. Deze is nog steeds zeer gezond.

Wat heb je zelf van deze functie geleerd?

Financiële administraties en jaarverslagen, BTW-wetgeving, CGR-regelgeving en ANBI-stichtingen kennen geen geheimen meer voor mij. Verder heb ik natuurlijk veel geleerd over bestuurlijke processen. Leren delegeren is ook erg handig.

Welke grote veranderingen zijn er in deze periode doorgevoerd binnen de NVALT?

De professionalisering van bestuur is een grote verandering geweest. Door honorering van bepaalde bestuursfuncties is meer tijd beschikbaar gekomen voor de betreffende bestuursleden om deze functies goed te kunnen vervullen. De NVALT is betrokken geweest bij de oprichting van de Long Alliantie Nederland. Hierdoor is er een centraal aanspreekpunt voor overheid en andere groeperingen op het gebied van beleid rondom longziekten. Verder is het Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband opgericht, een platform voor respiratoir onderzoek in Nederland. Als penningmeester ben ik druk geweest met de oprichting van twee stichtingen die een goede juridische structuur bieden voor de NVALT-studies.

Welke regelgeving vanuit de overheid heeft voor de NVALT belangrijke gevolgen gehad?

DBC en inmiddels DOT hebben geleid tot het instellen van een projectgroep die nog steeds veel werk verricht. Financiering van kwaliteitsprojecten via de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten vraagt veel inzet van het secretariaat maar heeft wel veel mogelijk gemaakt op dit gebied. Door het capaciteitsorgaan en de stichting BOLS zijn we de regie over het aantal opleidingsplaatsen en de verdeling ervan grotendeels kwijtgeraakt. Het belang-

rijkste is de aandacht van de overheid voor de kwaliteitsaspecten van medisch specialistische zorg en het inzichtelijk maken hiervan. We moeten er voor waken dat we in plaats van 'het leveren van goede zorg' meer tijd gaan besteden aan 'het aantonen dat we goede zorg leveren'.

Je hebt ervoor gekozen om de maximale zittingstermijn uit te dienen. Hoe kijk je terug op deze 8 jaar in het bestuur?

Ik heb in die acht jaar met vele bestuursleden samengewerkt maar in elke bestuurssamenstelling is de sfeer uitstekend geweest. Men heeft geen idee hoeveel werk er afkomt op een vereniging zoals de NVALT. Gelukkig beschikken we over een uitstekend secretariaat. Onze vijf dames verrichten natuurlijk het leeuwendeel van de werkzaamheden en zij kennen de vereniging door en door. Zonder hen zijn wij verloren. De ontvangst in 's-Hertogenbosch is altijd allerhartelijkst geweest. Het heen en weer reizen tussen Leeuwarden en Den Bosch zal ik echter niet missen.

Penningmeester is een zware functie, wat ga je met je extra vrije tijd doen?

Ik ben inmiddels voorzitter geworden van de Maatschap Friese Longartsen die binnenkort uit 18 leden bestaat. Ook ben ik voorzitter geworden van KWF Kankerbestrijding afdeling Leeuwarden. Het commissiewerk in het ziekenhuis is al uitgebreid en mijn rol als plaatsvervangend opleider krijgt meer invulling. Verder hoop ik in november de New York City Marathon te lopen. Dus welke vrije tijd bedoel je?

Welk advies heb je voor je opvolger?

Op advies van mijn voorganger zijn twee stichtingen opgericht namelijk de WSLT en de FSLT. Op mijn advies zijn twee stichtingen betreffende de NVALT-studies opgericht. Het wordt tijd om weer eens wat op te heffen. Verder is er op dit moment nog sprake van een gezonde financiële situatie. De toekomst is echter onzeker met name wat betreft de

financiering van het kwaliteitsbeleid. Het is heel goed mogelijk dat er een beroep op de leden gedaan moet worden. Bob kan ze eraan herinneren dat de huidige contributie nog steeds lager is dan die van 10 jaar geleden.

Hoe zou je je opvolger willen aankondigen?

Niet 'wat kan de NVALT voor mij betekenen' maar 'wat kan ik voor de NVALT

betekenen?'. Dat moet Bob gedacht hebben toen hij bereid bleek het penningmeesterschap over te nemen. Uit het goede hout gesneden dus en een voorbeeld voor anderen. Verder is hij uiterst betrouwbaar. Ik zie hem niet met de NVALT-kas vluchten naar een tropisch eiland zonder uitleveringsverdrag met Nederland.



Nieuwe penningmeester stelt zich voor

Nadat door instemming bij de algemene ledenvergadering mijn bestuurslidmaatschap bij de NVALT in de rol van penningmeester officieel is geworden, zal ik zo vrij zijn iets te melden over de achtergrond van mijn keuze voor deze functie. Maar niet voordat ik Ben Venmans bedankt heb voor de voortreffelijke en uiterst gestructureerde manier van overdracht van het penningmeesterschap. Volgens mensen die het kunnen beoordelen is hij een meer dan voortreffelijke penningmeester geweest. Dus...ik heb mijn borst reeds licht bevochtigd.

Bedankt Ben! en succes met je verdere activiteiten.

Het was Ben die me enige tijd geleden vroeg of ik er wat voor voelde om lid te worden van het NVALT bestuur en het penningmeesterschap van hem over te nemen. Ben had het meer dan 8 jaar met plezier gedaan, had de zaken aardig op de rails en het was zijn taak om een opvolger te zoeken. Toen hij mij belde was mijn eerste reactie: "waarom kom je nou bij mij uit?" Ik

blink niet uit in bijdrage aan activiteiten bij de NVALT, ben geen financieel genie en gestructureerdheid is niet een van mijn sterkste punten. Toch dacht hij, samen met het bestuur, dat ik er geschikt voor was.

Nu zal overigens het penningmeesterschap, evenals andere bestuursfuncties op dit moment niet erg in trek zijn. Het vraagt relatief veel tijd en verdeling van aandacht, hetgeen met de huidige DOT-, LOGEX-, ZIZO- etc.- perikelen al zo moeilijk is te realiseren. Zeker, als je je-zelf af en toe voor ogen houdt met welk doel je ooit longarts was geworden.

Toch voelde ik er wel wat voor. Mijn eerdere ervaringen bij het stafbestuur van ons ziekenhuis waren niet negatief en de huidige groep bestuurders van de NVALT draag ik een warm hart toe. Cecile, mijn lief, steun en toeverlaat gaf niet direct toestemming maar brak ook niet meteen de tent af toen ik vroeg of zij bezwaar had als ik in het NVALT bestuur plaats nam. Mijn vak-groep, de Vennootschap longartsen van het Sint

Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam, steunde mijn keuze, en dat is nogal wat! We zijn met 4 maten een relatief kleine vakgroep, die hard moet werken (60+ uur/week) om de boel kwalitatief optimaal draaiende te houden. Nu is dat harde werken bij de longgeneeskunde in Nederland volgens mij geen uitzondering, maar om dan een maat voor een dagdeel per week te missen is wel een last.

Als bestuurslid hoop ik mijn bijdrage te kunnen leveren in het ontwikkelen van visie over de longarts van de toekomst. Zal ik meedenken over maatregelen om kwaliteitsverbetering te verkrijgen en (toch) kwaliteitscontrole beheersbaar te houden. Tevens hoop ik mijn steentje te kunnen bijdragen in het vraagstuk over hoe om te gaan met de verregaande druk richting differentiatie en schaalvergroting die op ons afkomt, hetgeen kansen biedt maar ook veel negatieve aspecten heeft. Als penningmeester zal ik proberen om het werk van mijn voorganger zo goed mogelijk voort te zetten.

Bob van den Berg

Bestuurs- of commissielid: ... iets voor u?

De NVALT is op veel terreinen werkzaam. Onze commissies en werkgroepen zijn hierbij van wezenlijk belang. Indien u zich betrokken voelt bij de vereniging en zich in wilt zetten om de huidige hoge standaard te handhaven vragen wij u om eens te denken aan een functie binnen één van onze commissies, werkgroepen of in het bestuur. Informatie hierover kunt u krijgen via de betreffende secretaris en via het secretariaat van de NVALT. In de toekomst willen wij de vacatures binnen de commissies vervullen via open werving om de transparantie binnen de vereniging te vergroten.

Bestuur

Prof. Dr. G. Wesseling	Voorzitter
Dr. Y. Heijdra	Vicevoorzitter
Dr. H.J. Pennings	Secretaris
Dr. B.T.J. van den Berg	Penningmeester
Mr. J.L.M. van Helmond	lid namens CBB
B.J. Knipscheer	lid namens assistenten
Dr. J.H. van Loenhout - Rooyackers	lid namens CLT
Dr. C.F. Melissant	lid
Prof. Dr. E.F. Smit	lid namens CLT

Vacature

wetenschappelijk
secretaris

Commissie Accreditatie (CAC)

Drs. W.C.M. de Lange	Voorzitter (Vacature)
Drs. J.L. van der Lichte	Secretaris
Dr. J.W.K. van den Berg	

Commissie Beroepsbelangen (CBB)

Mr. J.L.M. van Helmond	Voorzitter
Drs. J.H. Strijbos	Secretaris
Dr. K.W. van Kralingen	
Drs. E. Lammers	
Drs. K.R. Liesker	

Commissie Bronchorst Colloquia (CBC)

Dr. F.H. Krouwels	Voorzitter
Dr. B. van den Blink	
Dr. G.P. Bootsma	
Dr. Y. Heijdra	
Drs. G.P.M. Mannes	
S.O. Simons	
M. Smits	
Prof. Dr. A. Vonk Noordegraaf	

Commissie Cursorisch Onderwijs (CCO)

Dr. R.E. Jonkers	Voorzitter
Dr. J.G. van den Aardweg	Secretaris
Dr. B. Biesma	
Dr. P.Th.W. van Hal	
Dr. E.H.J. van Haren	
Drs. W.C.M. de Lange	
N.M. Thönissen	
M. Smits	

Commissie Richtlijnen Longziekten (CRL)

Dr. F. Brijker	Voorzitter
Dr. B. van den Blink	
W.E.J.J. Hanselaar	
Dr. T.J.N. Hiltermann	
Mr. H.C.J. van Klink	
Dr. J.M. Kwakkel - van Erp	
Drs. C. Magis – Escurra	
Dr. C.F. Melissant	
M.J. Tip	

Commissie Tuberculose (CTB)

Dr. P.D.L.P.M. van der Valk	Voorzitter
Dr. N.A.H. van Hest	Secretaris
Drs. R. van Altena	
Dr. M. Bakker	
Dr. M.J. Boeree	
P.J.H.J. van Gerven	
Drs. W.C.M. de Lange	
Dr. J.H. van Loenhout - Rooyackers	
Drs. C. Magis - Escurra	
E.A.M. Mensen	
S.O. Simons	
Drs. R.P. van Steenwijk	

Commissie Visitatie Longziekten (CVL)

Drs. G.J. Jukema	Voorzitter
Dr. F.H. Krouwels	Secretaris
Dr. M.M.H. Hochstenbag	
Drs. A.M. Janssens	
Dr. R.J.H. Koppers	
Dr. K.W. van Kralingen	
Drs. Th. Macken	
Dr. R.J. Meijer	
Drs. G.D. Nossent	
Drs. K.T.M. Oud	
Drs. H.J.A.M. Otten	

Concilium (CLT)

Dr. J.S. van der Zee	Voorzitter
Dr. J.B. Wempe	Secretaris
Drs. E.G.M. Cobben - Beld	
Prof. Dr. P.N.R. Dekhuijzen	
Drs. G.G. Epping	
H.M. van Groningen	
Dr. E.H.J. van Haren	
M.J. van Harskamp	
Dr. H.G.M. Heijerman	
J.C. Kuijvenhoven	
Dr. J.H. van Loenhout - Rooyackers	
Prof. Dr. E.F. Smit	
N.M. Thönissen	
Dr. L.M. van den Toorn	

School voor Longziekten (SvL)

Dr. H.G.M. Heijerman	Voorzitter
Drs. W.C.M. de Lange	Secretaris
B.J. Knipscheer	
Dr. F.H. Krouwels	
S.O. Simons	
Dr. J. Molema	- beleidsplan
Dr. G.P.N. ten Velde	- beleidsplan

Werkgroep Ademhalingsstoornissen tijdens de slaap (WAS)

Drs. R.P. van Steenwijk	voorzitter
Drs. M.M.M. Eijsvogel	secretaris

Werkgroep Allergie/Beroepsastma (WAB)

Dr. B.E.A. Hol	voorzitter
Dr. P.Th.W. van Hal	secretaris

Werkgroep COPD (WCOVD)

Dr. F.M.E. Franssen	voorzitter
Drs. R.S. Djamin	secretaris

Werkgroep Cystic Fibrosis (WCF)

Dr. E.A. van de Graaf	voorzitter
Dr. I. Bronsveld	vice-voorzitter
Dr. M.H.E. Reijers	secretaris

Werkgroep Endoscopie (WES)

Dr. P.W.A. Kunst	voorzitter
Dr. H.F.M. van der Heijden	secretaris

Werkgroep Infectieziekten (WIZ)

Prof. Dr. T.S. van der Werf	voorzitter
Dr. M.M. van der Eerden	secretaris

Werkgroep Interstitiële Longaandoeningen (WIL)

Dr. P. Bresser	voorzitter
Dr. F.H. Krouwels	secretaris

Werkgroep Longfunctie (WLF)

Dr. J.G. van den Aardweg	voorzitter
Dr. Ir. F.H.C. de Jongh	secretaris

Werkgroep Mesotheliomen (WMT)

Dr. J.A. Burgers	voorzitter
Drs. J.H. Schouwink	secretaris

Werkgroep Oncologie (WON)

Prof. Dr. H.J.M. Groen	voorzitter
Dr. F.M.N.H. Schramel	secretaris

Werkgroep Palliatieve Zorg (WPZ)

Drs. A.A.F. Baas	voorzitter
K.J.M. Mooren	secretaris

Werkgroep Pulmonale Hypertensie (WPH)

Dr. A. Boonstra	voorzitter
Drs. R.J. Snijder	secretaris

Werkgroep Tabaksverslaving (WTV)

Drs. P.C. Dekker	voorzitter
Drs. W. de Kanter - Koppenol	voorzitter
Drs. P. Eppinga	secretaris

Werken met dolfijnen

Een interview met Steven Gans, longarts



Steven Gans is sinds 1989 werkzaam in het St. Jansdal Ziekenhuis in Harderwijk. Naast zijn reguliere werk als longarts doet hij longfunctieonderzoek bij zeezoogdieren. Tevens wordt hij door het dolfinarium geconsulteerd bij respiratoire problemen. Ook het ziekenhuis werkt hieraan mee door ruimtes en apparatuur beschikbaar te stellen voor onderzoek. Inmiddels heeft het dolfinarium zelfs dankzij St. Jansdal een eigen bronchoscoop. We praten met hem over het werken met dolfijnen.

meest betrokken bij aangespoelde dieren; meest bruinvissen, maar soms ook andere soorten.

Zijn er hierbij ook andere specialisten betrokken?

De dierenartsen van het dolfinarium zijn en blijven altijd hoofdbehandelaar. Indien noodzakelijk, roepen we hulp in van buitenaf; dit kunnen zowel dierenartsen met specifieke expertise op het gebied van zeezoogdieren zijn uit binnen-en buitenland, als ook medisch specialisten van vele disciplines, zoals radiologen, microbiologen, cardiologen etc.

Wat is de rol van de dierenarts als jouw hulp ingeroepen is?

De dierenarts blijft eindverantwoordelijk, mijn rol is nooit meer dan adviseur.

Is de anatomie van dolfijnen anders dan die van mensen?

Er zijn aanzienlijke verschillen die

gericht zijn op aanpassing van het leven van een zoogdier onder water. De morfologie en fysiologie is hierdoor anders. Deze aanpassingen zijn voor een longarts met belangstelling voor fysiologie naar mijn mening boeiend.

Welke pathologie kom je zoals tegen?

Respiratoire infecties vormen het overgrote deel. De belangrijkste oorzaak van morbiditeit en mortaliteit bij dolfijnen wordt door deze infecties veroorzaakt. Intoxicaties, immunologische aandoeningen en neoplasieën komen ook voor, maar veel minder vaak.

Doet je ook microbiel en cytologisch onderzoek?

Met name microbiologisch onderzoek, vooral door de bronchoscoop met een "protected brush" catheter. De cytologie staat veelal in dienst van de diagnostiek van infecties.

Hoe is de samenwerking tussen jou en het dolfinarium tot stand gekomen?

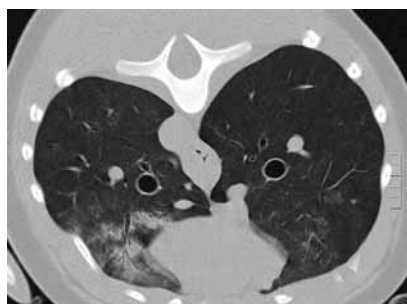
Mijn hulp werd gevraagd bij een dolfijn met een schimmel(*aspergillus*) infectie. Het viel mij destijds op, dat de behandelende dierenartsen hun beleid veelal op empirie moesten baseren terwijl ik mogelijkheden zag de diagnostiek te verbeteren met technieken uit de longgeneeskunde. Van het een kwam het ander.

Werk je alleen met de dolfijnen van het dolfinarium of ook met aangespoelde dieren zoals bruinvissen?

De vaste dieren van het dolfinarium zijn niet vaak ziek; ik ben derhalve het



Ct reconstructie bruinvis: erg informatief totaalbeeld.



Ct-pneumonie: pneumonie met luchtbronchogram in een tuimelaardolfijn.



Ct skelet: reconstructie van een ct-thorax in botsetting; een goede manier om skeletafwijkingen op het spoor te komen.



In tegenstelling tot de tuimelaar-dolfijn op de voorpagina past de bruinvis gemakkelijk onder de ct.

Is een EBUS mogelijk om te verrichten?

Ik heb het nog nooit geprobeerd (eerlijk gezegd kan ik het ook niet)

Indien we een indicatie hiervoor zien, zullen we overigens niet schromen een poging te wagen een dergelijke techniek toe te passen en een geschikte vrijwilliger aan te wijzen om hierbij te helpen.

Zijn de scopieën flexibel of rigide?

Uitsluitend flexibel. De anatomie van de proximale luchtwegen laat een starre scopie niet toe.

Hoe voorkom je dat een dolfijn op de scoop bijt?

De introductie vindt plaats door het blaasgat, dit is weinig anders als een soort verplaatst neusgat op het voorhoofd. Weinig bijten derhalve. Het zou gemakkelijk zijn als mensen ook een dergelijke voorziening hadden, maar helaas.....

Hoe meet je de saturatie van een dolfijn?

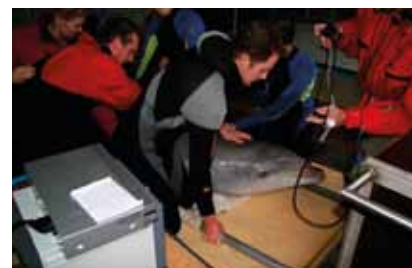
Op de tong.

Doe je je lavage met NaCl 0.9% of met zeewater?

Ik doe bronchusspoelingen met een bescheiden hoeveelheid fysiologisch zout van ongeveer 10ml. Als je ruimhartig spoelt of laveert, kan de dolfijn een braakreflex krijgen, waarna je nog geruime tijd een mengsel van maagzuur en visresten uit je oren peutert.

Welk type scopie doe je liever, bij de mens of bij de dolfijn?

Ik vind het een voorrecht om in de gelegenheid te zijn met dolfijnen te kunnen werken. Hoewel ik het verrichten van bronchoscopieën altijd leuk vind om te doen, blijft voor mij het werken met dolfijnen erg speciaal. Indien ik mijn carrière over zou kunnen doen, is de kans groot dat ik voor diergeneeskunde, zeebiologie of een combinatie hiervan had gekozen.



Bij een bronchoscopie moet de dolfijn uit het water en goed worden gecontroleerd. Toch is het een kleine ingreep.



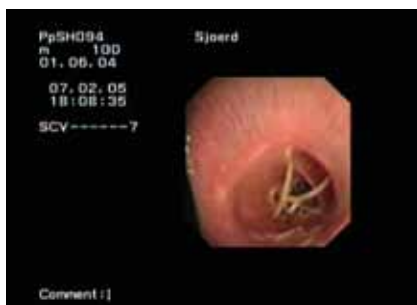
De scopie gebeurt via het blaasgat.

Welke uitdaging zou je nog aan willen gaan m.b.t. de 'dolfijnengeneeskunde'?

Ik heb een duidelijk doel voor ogen: verbeteren van de diagnostiek en behandeling van respiratoire problemen bij zeezoogdieren met toepassing van zo veel mogelijk non-invasieve diervriendelijke technieken. Idealiter zouden deze technieken ook toegepast moeten kunnen worden op wilde populaties. Indien door dit onderzoek onze kennis over de zeezoogdieren wordt vergroot, is dit een plezierige bijkomstigheid. Waarschijnlijk zal ik dit doel nooit (geheel) bereiken, maar ik hoop dat er anderen zijn die dit werk t.z.t. willen overnemen.



Longfunctie wordt in principe gemeten als het dier zich in het water bevindt.



Bronchoscopisch beeld van longwormen(nematoden) bij een bruinvis.



Het blaasgat-masker moet zonder lekkage passen.



Assistentendag 2012

Zaterdag 21 april, 10.30 uur: het giet van de regen en langzaam druppelen AIOS longziekten uit het hele land binnen bij kasteel Oud-aen in het centrum van Utrecht. Het is tijd voor de jaarlijkse assistentendag. Na het nuttigen van koffie en cake ging de dag stevig van start met een tweetal sprekers. Radiotherapeuten Reymen en Knegjens boeiden de zaal met een introductie in de wereld die radiotherapie heet, met een mooi overzicht van de vele ontwikkelingen van het afgelopen decennium en alles wat ons binnenkort te wachten staat op het gebied van longkanker en radiotherapie, inclusief "Star Wars" achtige technieken (denk aan SABR).

Aansluitend vond de Algemene Ledenvergadering van de assistentensectie

van de NVALT plaats. Kris Mooren heeft inmiddels het assistentenbestaan vervuld voor het longartsenleven en het assistentenbestuur verlaten; wij bedanken haar voor haar enthousiaste inzet. Het bestuur is inmiddels aangevuld met de nieuwe leden Jolanda van Kuijvenhoven, Hester van Groningen en Dieuwertje Ruigrok. Enkele belangrijke mededelingen van de diverse commissies:

- **Hoofdbestuur:** op 6 oktober 2012 wordt het jaarlijkse verplichte HERMES examen afgenomen in Utrecht. Naar aanleiding van de gehouden enquête vorig jaar zal het examen opnieuw op een zaterdag plaatsvinden. Momenteel heeft de uitslag van het examen nog geen consequenties maar het is wel

een goed middel om te gebruiken bij het persoonlijk opleidingsplan en de beoordeling van het functioneren. Overigens wordt aansluitend aan het Hermes examen een sociaal programma georganiseerd waarover verdere informatie binnenkort volgt.

- **Concilium:** het belang van de opleidingsvisitaties voor de kwaliteit en verbeteringen van de opleiding wordt besproken. Verder heeft het concilium een adviesboekenlijst en vergoedingslijst opgesteld welke terug te vinden zijn op de NVALT-website. AIOS wordt geadviseerd problemen ten aanzien van vergoeding van verplichte opleidingsactiviteiten te melden bij de lokale centrale opleidingscommissie (COC).

- **LVAG:** het profijtbeginsel is van de baan. Wel zijn er nieuwe ontwikkelingen zoals de "common trunk"; de exacte consequenties hiervan voor de AIOS longziekten zijn nog onbekend maar uiteraard wordt hierover bericht zodra dit meer concreet wordt.

Na dit serieuze deel van de dag was het tijd voor ontspanning. Na een pittig begin met het welbekende "boodschappenspel" (wie kent het niet) werd gewapend met een GPS en jojo in groepen Utrecht doorkruist. Ook de longartsen in spé blijken goede handelaren met een jojo, waarmee blij wordt gegeven van het beheersen van diverse competenties van het nieuwe opleiden (weer een KPB, nog 9 te gaan dit jaar!). Ondertussen konden de paraplu's ook andere functies gaan vervullen zoals accessoires voor de fotoshoots, en liet de zon zich zien tijdens de tussenstop op een terras.

Na deze geslaagde tocht door Utrecht werd de dag afgesloten met een gezamenlijk diner. Wederom dus een mooie assistentendag met leerzame momenten, de nodige gezelligheid en weer veel nieuwe contacten met collega's uit het hele land. Dat alles onder de bezielende leiding van de organisatie bestaande uit Maarten Tip, Marijne Smits en Pijke vd Bergh, waarvoor dank!

Meer foto's van de dag zijn, na een zorgvuldige selectieprocedure op geschiktheid, te aanschouwen op het AIOS-gedeelte van de NVALT-website.

Namens het bestuur,
Dieuwertje Ruigrok



HUIDIGE TAAKVERDELING ASSISTENTENBESTUUR

- **Voorzitter:** Barbara Knipscheer (Nieuwegein)
- **Secretaris:** Sami Simons (Nijmegen)
- **School voor Longziekten:** Sami Simons, Barbara Knipscheer
- **Commissie Cursorisch Onderwijs:** Marijne Smits (Rotterdam), Nienke Thönissen (Amsterdam)
- **LVAG:** Marieke Harskamp (Leeuwarden), Nienke Thönissen
- **Richtlijnen:** Maarten Tip (Groningen)
- **Website en Pulmoscript:** Marijne Smits, Dieuwertje Ruigrok (Haarlem)
- **Concilium:** Marieke Harskamp, Nienke Thönissen, Guido Epping (Enschede), Hester van Groningen (Nijmegen), Jolanda Kuijvenhoven (Enschede)
- **Bronkhorst:** Marijne Smits, Sami Simons



KNMG Carrièrebeurs

Wat voor arts wil jij zijn? Rond dat thema vond op 31 maart 2012 de KNMG Carrièrebeurs in de Jaarbeurs van Utrecht plaats. Dit bleek dé gelegenheid te zijn om kennis te maken met aiossen en opleiders. Met bijna duizend geneeskundestudenten en basisartsen was de dag een groot succes.

De beursvloer bood een gevarieerd aanbod aan (zorg) organisaties waar ook de NVALT vertegenwoordigd was met een stand. Plenaire sprekers, de mogelijkheid tot het volgen van workshops, het doen van een beroepskeuzetest, dat alles samen zorgde voor een interessante dag met als doel de specialisatiekeuze gemakkelijker te maken. De meeste studenten gebruikten de beurs om een eerste indruk te krijgen van de mogelijkheden na het artsexamen. Daarnaast was er een groep studenten met een duidelijke voorkeur voor een bepaald vakgebied.

De stand van de NVALT werd druk bezocht en een flink aantal was geïnteresseerd in de longgeneeskunde. Zij konden een goede indruk van ons vak krijgen door videomateriaal, PulmoScripts en een flinke dosis enthousiasme van de standhouders. We verwachten veel toekomstige collega's te hebben gesproken!

*Guido Epping
Marijne Smits*





Bronkhorst Colloquium

Intensive Care

Datum

22 ('s avonds), 23 en 24 nov 2012
'Koningshof' te Veldhoven

Informatie

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

Inschrijving

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

Dit jaar zal de inschrijving starten vanaf 6 september via de website van de NVALT.

Het maximale aantal deelnemers in Veldhoven is 210.

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

Concept programma

CPC

Lezingen

- Pathofysiologie van de beademing
- Respiratoire complicaties van langdurige beademing
- Kiezen voor therapiebeperving
- Multiple orgaanfalen / sepsis

Werkgroepen

- Nieuw longinfiltraat bij de mechanisch geventileerde patiënt
- Instellen van en problemen bij de beademing
- Weaning en decanulatie van de langdurig beademde patiënt.
- Endoscopie bij de mechanisch geventileerde patiënt.
- Massale hemoptoë
- Massale longembolie
- Complicaties na thoracale heelkunde
- Therapiebeperving
- VAP en CAP4

Datum

31 januari ('s avonds), 1 en 2 feb 2013
"Floréal Club" te Blankenberge, België

Informatie

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

Prof. dr. Geertjan Wesseling

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

We hebben een aantal jaren geleden laten zien dat het stellen van de diagnose COPD in de eerste lijn niet alleen weinig tijd, maar ook weinig geld kost. Die publicatie in de BMJ heeft toen veel aandacht gekregen.

2 *Welke belangrijke ontwikkelingen met betrekking tot COPD-zorg verwacht u de komende jaren?*

Echte doorbraken verwacht ik niet. Niet in de farmacotherapie en ook niet in manieren om mensen tot een wezenlijk gezonder leven te motiveren. Uiteindelijk zal er wel minder gerookt worden, zeker als straks zoals verwacht de farmacotherapie van de rookverslaving weer in de basiszorg vergoed zal worden. Ik verwacht wel dat de drempel om COPD-patiënten naar de longarts te sturen hoger zal worden, zeker als het ons als longartsen niet lukt om onze toegevoegde waarde voor de COPD-zorg beter over het voetlicht te krijgen. Vooral het belang van betere diagnostiek zal meer aandacht moeten krijgen. Hopelijk gaat dat in een betere multidisciplinaire samenwerking dan nu op veel plaatsen nog het geval is. Ook verwacht ik dat duidelijker zal worden welke patiënten wel, en welke patiënten niet intensief dienen te worden behandeld en opgevolgd.

3 *Heeft u nu het hoogste doel bereikt, of zijn er nog andere ambities?*

Ik heb binnen en buiten het vak nog wel een paar ambities, maar die houd ik nog even voor me. Ik heb nog 11 jaar te gaan en hoop me verdienstelijk

te kunnen blijven maken, binnen het Maastricht UMC+ maar ook voor de NVALT.

4 *Wie is uw voorbeeld?*

Ik heb van heel veel mensen veel geleerd, hoe het wel kan of moet maar soms ook wel hoe het beter niet moet. Een echt voorbeeld heb ik niet.

5 *Als u minister van volksgezondheid was en u mocht één maatregel nemen om het roken te ontmoedigen, welke zou u kiezen?*

Meer voorlichting op scholen.

6 *De laatste jaren houdt u zich, waarschijnlijk deels noodgedwongen, steeds meer bezig met de organisatie van zorg. Eerst was er de ketenzorg, nu de 'torens' en de 'penthouses' (sub-specialismen en superspecialisten). Ziet u deze verschuiving als een verrijking, of denkt u met weemoed terug aan de tijd dat u gewoon dokter was?*

Ik ben een substantieel deel van de week, gemiddeld 3 van de 5 dagen, "gewoon dokter". Noodgedwongen was het allemaal niet. Het was en is vaak gewoon leuk omdat soort dingen te doen.

Ik heb werken aan ketenzorg en daarmee het vergroten van mijn hefboom in de zorg altijd heel inspirerend en motiverend gevonden. De ideeën die het NVALT-bestuur heeft over de toekomstige plaats en rol van de longarts sluiten daarbij aan. Ik verwacht dat we daarmee ons bestaansrecht kunnen zekeren en onze toegevoegde waarde in het totaal van de gezondheidszorg kunnen vergroten.

Ik denk wel eens met weemoed terug



aan de tijd dat ik niet na ieder spreekuur van alles en nog wat moest regelen en registreren, wat vroeger niet hoefde of door anderen werd gedaan.

7 *Bent u tevreden over de NVALT als organisatie, of zijn er dingen die u graag anders zou willen zien?*

Ik ben heel tevreden over ons bureau en over de vele collega's die zich voor

de NVALT inzetten in commissies en dergelijke. Ook ben ik blij met de steeds grotere rol die de NVALT zelf speelt in het postgraduate onderwijs. Er zijn een paar werkgroepen waar ik wat meer van zou verwachten. We hopen de activiteiten van de werkgroepen wat meer te structureren en de werkgroepen een voorname rol te geven in het inrichten van de verdiepingsgebieden, de “torens” uit vraag 6.

8 *Hoe besteedt u uw vrije tijd?*

Ik lees veel, meer ter verstrooiing dan om er beter van te worden, overigens. Verder probeer ik twee keer per week te golfen, waarvan ten minste één keer met Jetske en/of met onze jongens. Ik ben voorzitter van golfclub het Rijk van Margraten, waar ook een paar uur per week in gaat zitten. Ik ben niet zo goed in niks doen. Ik hoop ooit weer wat meer tijd te krijgen voor de vrienden die ik de afgelopen jaren heb verwaarloosd en

voor mijn oude hobby wijn proeven.

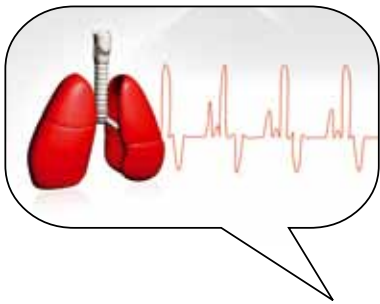
9 *Wat vindt u van het niveau van de huidige generatie AIOS, ten opzichte van uw generatie indertijd?*

Wat dat aangaat is er in 25 jaar veel veranderd, en niet in alle opzichten ten goede. De werktijden zijn natuurlijk veel beter geregeld, maar dat gaat wel ten koste van het aantal vliegreuren. De supervisie is enorm geïntensiveerd, maar dat lijkt ten koste te gaan van de zelfstandigheid, bijvoorbeeld tijdens de diensten en in de behandelkamer. De administratieve rompslomp is sterk toegenomen en ik maak nergens uit op dat dat tot een betere longarts heeft geleid. Ik heb als lid van het Concilium jarenlang opleidingsklinieken gevisiteerd en hoorde vaak vergelijkbare bezwaren, maar ondertussen is het wel zoals het is. Ik ken overigens heel veel zeer gemotiveerde en voortreffelijk opgeleide jonge collega's die naar mijn

stellige overtuiging het specialisme vooruit zullen helpen.

10 *Welk advies zou u willen geven aan jonge collega's die zich wetenschappelijk willen ontplooien?*

Begin daar zo vroeg mogelijk mee. Er zijn zoveel mogelijkheden om reeds als student met onderzoek te beginnen. Hoe langer je wacht, hoe moeilijker het wordt om het doen van onderzoek te combineren met andere verplichtingen. Er promoveren in Maastricht met enige regelmaat onderzoekers kort na het behalen van hun artsdiploma, omdat ze al als student in het onderzoek participeerden. Ik sluit niet uit dat het sommigen de huidige generatie jonge longartsen aan de mogelijkheden ontbreekt om tijdens of na de specialisatie promotieonderzoek te doen. De financiële ruimte daarvoor lijkt overigens ook steeds kleiner te worden.




Long(en) Digitaal

De virtuele wereld heeft zich inmiddels vastgesnoerd in de wereld van een modern wereldburger. Niets en niemand ontkomt aan de invloeden van de sociale media en het gebruik van app's. De laatste twee jaar zijn deze ook binnen de pulmonale wereld in opkomst. Hieronder een aantal app's die handig kunnen zijn voor de klinische praktijk.

1. Farmacotherapeutisch Kompas


De Bijbel van de Farmacologie in Nederland heeft nu ook een app-versie. Werkt snel, overzichtelijk door te zoeken op de generieke naam.

Doordat er een nog veel betere website bestaat, is het de vraag of deze app veel gebruikt zal worden.

Waardering PulmoScript 3/5 


2. Medscape

Medscape is een buitengewoon uitgebreide en up-to-date app met het laatste medische nieuws, presentaties van recente studies en nascholingsmodules. Door te kiezen voor pulmonary medicine krijgt u een longspecifiek overzicht met zeer frequente updates.

Waardering PulmoScript 5/5 


3. Longpas

Longpas is een app die gemaakt is voor de patiënt, met name voor astma. Het kan fungeren als reminder om medicatie in te nemen en heeft een module om de behandeldoelen in kaart te brengen. Het zou de app sieren als er achtergrondinformatie over het ziektebeeld wordt toegevoegd. Op dit moment nog een vrij inhoudsloze app.

Waardering PulmoScript 2/5 


4. Pubmed on Tap

Ook Pubmed is terug te vinden via de app's. Het werkt precies hetzelfde als de webbased versie, alleen krijgt u maar 10 resultaten te zien binnen een 'lite'-versie. Dat maakt deze app dan ook direct een stuk minder aantrekkelijk dan de website. Daarnaast valt het lezen van artikelen op een Iphone niet mee, daarvoor is een Ipad toch handiger.

Waardering PulmoScript 1/5 


5. Pneumotox

Deze app werkt uitstekend en is tijdens bijvoorbeeld een grote visite zeer handig in te zetten om snel de pulmonale toxiciteit van een specifiek geneesmiddel op te zoeken.

Waardering PulmoScript: 4/5 


6. Chest

Het tijdschrift Chest heeft ook een applicatie. Deze werkt uitstekend en is met name geschikt voor de Ipad. De interface is handig ingedeeld. Helaas is er geen lite versie, dus een subscription is noodzakelijk.

Waardering PulmoScript 4/5 


7. Staging Atlas in Thoracic Oncology

Recent gestarte app is buitengewoon handig in gebruik en overzicht. Er wordt veel gebruik gemaakt van figuren en tabellen, wat de leesbaarheid vergroot.

Waardering PulmoScript 5/5 

8. Skyscape

Een deel van de app Skyscape is gratis te downloaden en bevat een uitgebreide lijst van handige medische calculatoren (met ook Europese eenheden), een geneesmiddellijst. Reden om de app te downloaden is om alle calculatoren bij elkaar te hebben en niet meer onderverdeeld in vele kleinere.

Waardering PulmoScript 2/5 

Isala Klinieken

Waarom Zwolle?

Zwolle...zeker vanuit de Randstad klinkt het zo ver weg...Toch is het maar een uur rijden vanuit onze hoofdstad! En een rechtstreekse treinverbinding met het Beatrixgebouw!

Als grootste perifere ziekenhuis van Nederland in de Hoofdstad van de Smaak (2008) hebben wij heel wat te bieden.



We hebben een allround kliniek met een groot Thoraxchirurgisch centrum. Zoals de trouwe PulmoScript-lezers weten, zijn wij vooruitstrevend in het gebruik van de Robot voor thoraxchirurgische

ingrepen. Elke arts-assistent krijgt hier de kans zich te bekwamen in de endo-echografische technieken. Elke longarts heeft een of meer aandachtsgebieden, waardoor bijna het hele spectrum van de longziekten aan bod komt. Met name de samenwerking met de sportgeneeskundige zorgt voor een leuke fysiologische invalshoek. Dit zetten we vanaf volgend jaar allemaal voort in ons nieuwe ziekenhuis!

In de oncologie hebben we een centrumfunctie, getuige onze wekelijkse teleconference met Harderwijk, Lelystad en Meppel. Niet alleen op het gebied van oncologie, maar ook op gebied van hoest en COPD vindt hier veel onderzoek plaats. Onze opleider moedigt ons actief aan tot deelname aan cursussen en congressen.

Om het aangename met het educatieve te combineren, worden onze maandelijkse refereeravonden voorafgegaan door een gezamenlijke maaltijd met de assistenten en afgesloten door een borrel met alle deelnemers. Daarnaast



vlr: Noël Schlösser, Rik Hermanides, Lisenka Boom, Anne-Mirjam Osnabrugge, Gerdien Venema, Mirian Müller, Bart Kuipers, Corinne Kloosterziel

is er de inmiddels befaamde Dolle Dinsdag, een maandelijks etentje waarbij de harde kern regelmatig wordt uitgebreid met de andere assistenten.



vlr: Noël Schlösser, Arnold Huisman, Lisenka Boom, Cees Hensing, Corinne Kloosterziel, Mirian Müller, Rik Hermanides, Lorene Korper, Bart Kuipers, Anne-Mirjam Osnabrugge, Gerdien Venema.

Na een dag hard werken is het natuurlijk tijd voor ontspanning! Op sportief gebied kun je je in Zwolle goed uitleven. De Isala heeft een flink aantal collega's weten te motiveren tot deelname aan de 4 Engelse Mijl en de Halve Marathon van Zwolle op 9 juni. Daarna volgt in de zomer de beklimming van de Mont Ventoux. Op voetbalgebied hebben we volgend jaar wat te bewijzen in de Eredivisie, de vele Zwolse kroegen verheugen zich er nu al op!



Dit sportieve vertoon is natuurlijk hard nodig met alle culinaire verleidingen in deze stad! Niet alleen de etablissementen van familie Boer zijn een aanrader

(afhankelijk van de wachttijden), ook andere gelegenheden zijn zeker de moeite waard. Daarnaast zijn er de asperge 10-daagse en de Week van de Smaak.

Kortom, onze Hanzestad is een echte aanrader!



Vera Bonta Prijs 2013

voor wetenschappelijk onderzoek naar longkanker

Het bestuur van de Emil Starkenstein Stichting nodigt Nederlandstalige wetenschappers, uit mee te dingen naar de 9e Vera Bonta Prijs voor wetenschappelijk onderzoek naar longkanker. De tweejaarlijkse prijs is ingesteld ter stimulering van onderzoek op dit gebied en bestaat uit een bedrag van € 6.000,- een oorkonde en een legpenning. De prijs zal worden uitgereikt tijdens het eerstvolgende Nationale Longkankersymposium in Amsterdam in januari 2013 aan een jonge Nederlandse of Belgische

wetenschapper, die zich, door het schrijven van een proefschrift, heeft onderscheiden door fundamenteel, klinisch of epidemiologisch onderzoek. De firma Lilly Oncology ondersteunt de prijsuitreiking met een grant.

De beoordelingscommissie voor de toekenning van de prijs wordt gevormd door; prof. dr. P. Baas, longarts, prof. dr. J. van Meerbeeck, longarts, prof. dr. E. de Vries, medisch oncoloog en dr. E.H.J. van Haren, longarts.

Degenen die voor de prijs in aanmerking wensen te komen, worden verzocht **vóór 15 oktober 2012** een beschrijving van het promotieonderzoek en een curriculum vitae, evenals een toelichting over het wetenschappelijk werk door een referent, in vijfvoud te sturen naar de voorzitter van de jury,

Dr. E. H. J. van Haren, longarts
Atrium Medisch Centrum
H Dunantstraat 5
6419 PC Heerlen

NRS Swierenga Proefschrift Prijs

Geachte collegae,

Hierbij heb ik het genoegen u mee te delen dat promovendi weer in staat worden gesteld om een prijs te krijgen voor hun proefschrift.

Het betreft de NRS Swierenga Proefschrift Prijs voor klinisch, patiëntgebonden, laboratorium dan wel experimenteel onderzoek dat bijdraagt aan inzicht in, of behandeling van longziekten in de breedste zin.

Het proefschrift zal worden beoordeeld door een onafhankelijke commissie. De winnaar krijgt een oorkonde en een bedrag van € 4500,- vrij te besteden.

Op de website van de NRS www.nrs-science.nl vindt u de richtlijnen.

Het NRS bestuur, dat de prijs mag uitreiken, verzoekt u dit breed bekend te maken.

Aanmeldingen dienen ingediend te worden **vóór 1 oktober** bij het secretariaat van de NRS t.a.v. Renée Staal, AA11, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

Nadere informatie vindt u op: www.nrs-science.nl



Met vriendelijke groeten,
mede namens het bestuur van de NRS

Prof. dr. Dirkje Postma, voorzitter
Netherlands Respiratory Society

Wie? Niels Hornstra Waar? Zweden, Kalmar

Wanneer en waarom ben je naar Zweden vertrokken?

Na afronding van mijn longartsopleiding in Den Haag en een jaar gewerkt te hebben in het Rijnlands Revalidatiecentrum in Leiden en het Rijnland ziekenhuis in Leiderdorp hebben we 3½ jaar geleden de grote stap genomen

om te verhuizen naar Zweden. Mijn vrouw was toen klaar met haar subspecialisatie binnen de kindergeneeskunde in Rotterdam en we hadden de wens om uit de drukke en natuurarme Randstad te vertrekken. Juist op dat moment stond er een longartsvacature in Kalmar, Zweden in de NTvG.

Vanuit enkele Scandinavische vakantie-ervaringen wisten we dat Zweden wel wat natuurrijker en minder druk was dan de Randstad, een gunstige plek voor onze jonge kinderen en het gezinleven in het algemeen. Na de eerste positieve reactie op mijn sollicitatiebrief bleek er ook een kinderartsenvacature te zijn in hetzelfde ziekenhuis. Zo gingen de ballen rollen en na een aantal bezoeken aan het ziekenhuis, de stad en de omgeving hebben we de knoop doorgemaakt.

Is het moeilijk geweest om je aan te passen?

Vanuit het ziekenhuis is er in mij geïnvesteerd onder andere met een uitgebreide privé taal cursus. Hierdoor was het mogelijk om snel op een vrij goed niveau met ziekenhuispersoneel, collega's en patiënten te kunnen praten. Daar het medische niveau en de werkzaamheden als longarts overeenkomen met die in een middelgroot perifere ziekenhuis in Nederland hoefde ik me op dat vlak niet zo veel aan te passen. De longziektesectie valt binnen de interne geneeskunde en bestaat uit 3 longartsen, 1 allergoloog/astma-arts en 1 opleidingsassistent (uitbreiding gewenst, Nederlandse gegadigden van harte welkom!). Gezien mijn 'buitenlandse ervaring' heb ik de mogelijkheid gekregen redelijk wat vernieuwingen te kunnen doorvoeren. Op het thuisfront hebben onze kinderen zich extreem snel aangepast, waren binnen een paar weken de taal meester. In Zweden hebben we nog 2 kinderen gekregen en maken we gebruik van de ruime ouderschapsverlof - en kinderopvangregelingen. In combinatie met gunstige werktijden en goede





dienstcompensatie hebben we veel meer tijd voor het gezin dan we in Nederland als fulltime werkende artsen zouden kunnen krijgen.

Wat zijn de grote verschillen tussen Nederland en Zweden als het gaat om de gezondheidszorg?

In de eerste plaats afstanden, het academisch ziekenhuis waar wij bij horen is circa 3 uur rijden. Helaas hebben wij nog geen PET-CT in Kalmar en ook voor de echte thoraxoperaties moeten de patiënten naar Linköping. Voor de Nederlander niet voor te stellen, maar de Zweed is daar aan gewend. Mijn patiënten moeten soms ruim 100 km afleggen voor een polibezoek. Ik geef daarom ook regelmatig uitslagen telefonisch of schriftelijk. Daarnaast heb ik hier veel meer tijd per patiënt. Helaas is het artsentekort vrij groot en ontstaan hierdoor wachtlijsten voor polibezoek en duurt het relatief lang voordat de pathologie-uitslagen bekend zijn. De combinatie van grote afstanden tussen de ziekenhuizen en de gezondheidszorg die vrijwel volledig

via de belastingen wordt betaald leidt tot geringe onderlinge concurrentie.

Zijn er verschillen in de diverse ziektebeelden?

De ziektebeelden zijn gelijk hoewel ik wat meer asbestgerelateerde longziekten tegenkom, als gevolg van de uitgebreide glasindustrie in de omgeving. De huisartsen hier hebben een belangrijkere positie in de gehele gezondheidszorg. Zij worden als specialisten beschouwd, hebben een 6-jarige opleiding en vergelijkbaar salaris. De controles van mildere longpatiënten worden door de huisarts gedaan en patiënten worden in een zwaarder stadium verwezen. Zo heb ik vrijwel geen COPD-controlepatiënten op mijn poli. Dit houdt in dat ik een vrij groot deel van mijn dagen wijdt aan diagnostiek en behandeling van longkanker en interstitiële longziekten.

Is 'de Zweed' een andere patient dan 'de Nederlander'?

Wat in de eerste instantie wat ongemakkelijk is voor een Nederlander

is dat men elkaar in Zweden tutoyeert en bovendien dat patiënt en arts elkaar met de voornaam aanspreken. Dat maakt dat gesprekken wat amicaler en soepeler kunnen verlopen zonder dat onderling respect daar veel onder te lijden heeft.

Waar zie je de toekomst voor jezelf, in Nederland of in Zweden?

In eerste opzet was het plan een paar jaar hier te blijven. Maar het wordt elk jaar moeilijker om weer terug te keren. Je raakt verwend door de tijd en de mogelijkheden die je hier voor je gezin hebt. We hebben het ook op het werk goed naar ons zin, met tijd voor de patiënt en vele mogelijkheden om vernieuwingen te beïnvloeden. Voor mij geldt, zoals Dick Pasker in de vorige PulmoScript zei: 'De tijd zal het leren' of in het Zweeds: 'Vi får väl se'.

Niels Hornstra

Mail: Nielsho@ltkalmar.se

Symposium Palliatieve Zorg bij COPD

De aandacht voor goede palliatieve zorg is de laatste decennia enorm toegenomen. Deze tendens uitte zich aanvankelijk vooral binnen de oncologische zorg, maar inmiddels richt meer en meer wetenschappelijk onderzoek zich op de palliatieve zorg binnen niet-oncologische zorg zoals COPD en hartfalen.

Ook binnen de longartsenwereld krijgt palliatieve zorg met de oprichting van de Werkgroep Palliatieve Zorg in 2010 een nadrukkelijker stem. De werkgroep richt zich momenteel nog volledig op de palliatieve zorg bij COPD, maar wil ook, in samenwerking met de Werkgroep Oncologie de palliatieve zorg binnen de Longoncologie stimuleren. Binnenkort zal de Werkgroep een visiedocument uitbrengen waarin zij haar beleid voor de komende jaren presenteert op gebied van richtlijnen, wetenschap en nascholing.

Op 11 mei jl. werd het eerste symposium voor longartsen over dit onderwerp georganiseerd in de Koepelkerk in Amsterdam en maar liefst 70 longartsen waren hierbij aanwezig. Daarnaast verwelkomde de organisatie nog eens 30 geïnteresseerde huisartsen, wetenschappers en verpleegkundigen. De organisatie was in handen van longartsen Bert Baas en Sander de Hosson en werd ondersteund door Takeda.

Huib Kerstjens praatte ons bij over de factoren die tot nu toe zijn geïdentificeerd om de prognose van de ziekte te kunnen inschatten. Dat is een lange lijst van deels niet gevalideerde factoren, die zowel bij patiënt als arts voor onzekerheid kunnen zorgen. Daisy Janssen liet vervolgens cijfers zijn over advanced care-planning. Veel patiënten weten niet dat COPD een dodelijke ziekte is en over behandelbeperkingen wordt op de polikliniek in een stabiele fase bij slechte patiënten onvoldoende vaak gesproken.



In een aantal volgende presentaties werd een wat onthutsend beeld over de huidige wetenschappelijke onderbouwing van een aantal palliatieve interventies getekend, zoals zuurstoftherapie. Het gebruik van orale morfinepreparaten bij chronische refractaire dyspneu heeft een significant effect op dyspneuscores en wordt aanbevolen, zeker aangezien in lage doseringen ook bij ernstige gaswisselingsstoornissen geen ademhalingsdepressie wordt gemeten. In de literatuur is geen onderbouwing te vinden voor andere opiaten zoals fentanyl of oxycodone, simpelweg niet onderzocht.

Het middagprogramma verliet het fysiologische en wetenschappelijke gedeelte en gaf ons inzicht in de gevolgen voor de patiënt. Professor Keirse liet ons zien hoe artsen onzekerheid kunnen creëren door onduidelijke of ingewikkelde communicatie. De Toneelschool Maastricht nam ons mee in beeld en geluid in de wereld van een benauwde patiënt.

Het avondprogramma was het meest indrukwekkend. Bert Baas liet de door hem mede geproduceerde film "Leven met COPD" zien, een buitengewoon indringende documentaire over wat patiënten met deze ziekte ervaren en hoe ze naar hun toekomst kijken. Professor Keirse gaf een reprise met een persoonlijk verhaal over rouw en verliesverwerking.

Er is weinig twijfel dat palliatieve zorg een belangrijk onderdeel van ons vak is, wij worden er dagelijks vaak meerdere keren mee geconfronteerd. Het is dan ook toe te juichen dat een tweede symposium over dit onderwerp is aangekondigd in het voorjaar van 2014.

Een videoverslag van dit symposium vindt u op [iPulmonologist](#).

Vergoeding Omalizumab

Geachte collega,

Er is het afgelopen half jaar het nodige te doen geweest over de vergoeding van omalizumab (xolair®).

De beleidsregel dure geneesmiddelen is per 1 januari jongstleden komen te vervallen en een voorlopig oordeel van het CVZ luidt dat de bandbreedte van de kosten per QALY van omalizumab (Xolair®) voor de indicatie 'ernstig persisterend allergisch astma' te ongunstig om in aanmerking te blijven komen voor vergoeding vanuit het basispakket.

Letterlijk staat er in het advies: Het CVZ adviseert de minister gericht in te grijpen. Hiervoor ziet het CVZ de volgende mogelijkheden:

- Omalizumab (Xolair®) voor de indicatie 'ernstig persisterend allergisch astma' uit te sluiten van de prestatie geneeskundige zorg.
- Via een prijs-volume of prijs-performance afspraak invloed uit te oefenen op de kosten van het geneesmiddel. Een prijsverlaging door de fabrikant kan de noodzaak verminderen om tot uitsluiting over te gaan. Bedenkingen op het gebied van kosten-effectiviteit worden dan immers kleiner. Op dit moment beschikken CVZ en VWS niet over de wettelijke mogelijkheid te onderhandelen. De minister heeft al wel te kennen gegeven in 2012 met experimenten op dit onderwerp te willen starten.

Daarmee dreigen de kosten van het voorschrijven en toedienen van dit medicament volledig ten laste van het voorschrijvende ziekenhuis te komen.

Samen met Novartis en de sectie Kinderlongziekten van de NVK is de NVALT met het CVZ in overleg gegaan om te zoeken naar een oplossing zoals bedoeld bij de tweede bullit hierboven.

Voor het CVZ wegen vooral de indicatiestelling en de beoordeling van de effectiviteit van het medicament het zwaarst. De indicatiestelling is zoals bekend: Omalizumab kan worden toegepast als aanvullende behandeling in stap 4 van de behandeling van astma bij volwassenen en adolescente patiënten > 12 jaar met ernstig allergisch astma die een gestoorde longfunctie of regelmatig klachten hebben en frequente exacerbaties ondanks dagelijks gebruik van een combinatiepreparaat van een ICS en een LABA.

Daarom is gezocht naar een arrangement dat erin voorziet om de indicatiestelling voor het starten van xolair als aanvulling op bestaande farmacotherapie voor ernstig astma zoveel mogelijk te optimaliseren en om de beoordeling van de effectiviteit na 16 weken behandeling te standaardiseren.

Alleen onder die voorwaarden is het CVZ genegen xolair als add-on te blijven vergoeden. Novartis heeft aangeboden tot terugbetaling als het medicament niet tot het gewenste behandelresultaat leidt en voorzetting ervan door patiënt en behandelaar niet zonvol wordt geacht.

Samen met de fabrikant zijn documenten opgesteld die gebruikt dienen te worden bij het starten van de behandeling en bij staken ervan na 16 weken.

Deze formulieren, die door Novartis aan alle voorschrijvers ter hand zullen worden gesteld, dienen geanonimiseerd voor alle nieuwe patiënten te worden ingevuld ten einde vergoeding en terugbetaling te kunnen garanderen. Het origineel dient te worden verstuurd naar het secretariaat van de NVALT in Den Bosch, waar ze zullen worden opgeslagen en in voorkomende gevallen geraadpleegd kunnen worden. Te zijner tijd zullen de gegevens gepoold geanalyseerd worden. Een analyseplan daarvoor zal in overleg met de NVALT en het CVZ worden opgesteld.

Het bestuur van de NVALT en het bestuur van de sectie Kinderlongziekten van de NVK verzoeken en adviseren alle voorschrijvers dit arrangement te volgen. Alleen op deze manier blijft het medicament beschikbaar en garandeert Novartis terugbetaling in geval van uitblijven van het gewenste effect en staken van de behandeling na 16 weken.

Op de site van de NVALT zult u over eventuele nieuwe ontwikkelingen in dit dossier zo nodig nader geïnformeerd worden.

950 KM NAAR DAVOS OP DE RACEFIETS

Aandacht voor longfonds (astmafonds) en astmacentrum Davos

Drie longartsen uit Rijnstate Arnhem zijn in de collecteweek van het astmafonds (binnenkort longfonds) vanuit Arnhem naar Davos gefietst. Hiermee vragen Toby Dijkstra, Peter de Jong en Hans Smit aandacht voor het astmacentrum Davos en het Astmafonds.

Zonder een exact uitgestippelde route of geboekte hotels begonnen we aan deze uitdaging. Een onderbroek, kleine tandenborstel, geen scheermesje maar wel reepjes en gelletjes, alleen het hoognodige ging mee in de rugzak. Ook een regenjack ontbrak niet en aangezien we de eerste 2 dagen in de stromende regen zo'n 160 - 180 km per dag gefietst hebben, was dat

zeker geen overbodige ballast. Daarna werd het weer steeds beter en op deze mooie dagen hebben we de afstanden verminderd, omdat we inmiddels ruim voor lagen op schema. Alle drie zijn we gevallen, gelukkig zonder serieus letsel, wonderlijk genoeg heeft niemand, ondanks de vele grind- en zandpaden, glas en scherpe stenen een lekke band gehad. Ook de fietsen hebben veel te verduren gehad.

Het troostbiertje aan het einde van de dag, het lekkere eten en de vele lol zullen ons zeker bijblijven.

Al met al was het een geweldige tocht door de heuvels en mooie stadjes in Duitsland, Oostenrijk, Liechtenstein en

Zwitserland. Met 938 km. op de teller en een temperatuur van 38 graden kwamen we aan in het Astmacentrum Davos (Wolfgang). De Davoser Zeitung was erbij toen we hartelijk onthaald werden door Lous Rijssenbeek en Frank Robert. Een prachtige tocht!

De cijfers

Totaalstand	938 km.
Hoogtemeters	4.588 meter
Fietsuren	41,15 uur

Toby Dijkstra, Peter de Jong, Hans Smit

Het blog wat Toby Dijkstra heeft bijgehouden over deze bijzonder tocht kunt u vinden op de site van iPulmonologist.



“Longartsen tegen kanker” naar de Alpe d'huzes

Op woensdag 6 juni heeft een team longartsen de Alpe d'huzes gedaan. Hoewel uitgelopen voor de "echte" dag mochten er toch nog teams proberen maximaal 4x naar boven te fietsen op die extra dag. Ondanks dat de 3x Mont Ventoux van 4 dagen ervoor nog in de benen zat hebben er 2 van het team 3 x, 2 mannen 4 x en eentje 5 x de top gehaald.

Ook het vermelden waard is dat prof. Jan Grutters, van een ander team, als loper het eerste boven was!!

Volgend jaar hopen dat we op de echte dag mogen voor de 6 x.

Hans Smit



V.l.n.r. Hans Smit, Gert Verhoeven, Frank Wilschut, Christiaan Meek, Gerrit Bosman

Oproep aan alle voetballende longartsen en arts-assistenten: rentree longartsenelftal?



Het is al weer een flink aantal jaren geleden, dat het gelegenheidsvoetbalelftal van de NVALT voor het laatst aantrad tegen een team van de apothekers op het jeugdopleidingscomplex De Toekomst van Ajax. De wedstrijden werden toentertijd onder de bezielende leiding van speler/coach Henk Hassing gespeeld (zie bijgaande foto uit 1996(!)) en het was steeds een hele leuke sportieve manier om elkaar te ontmoeten met strijd om de eer en af en toe voor een goed doel.

Tijdens de laatste nascholing in Papendal haalden wij goede herinneringen op en hebben we afgesproken te inventariseren of een doorstart mogelijk zou zijn: we zouden centraal in Nederland kunnen spelen tegen

bijvoorbeeld de huisartsen. Het zal in principe op een doordeweekse avond plaatsvinden.

Zouden de geïnteresseerden even een mail willen sturen naar onderstaand mailadres en daarin vermelden: naam, leeftijd en woonplaats. Ook graag aangeven of je nog actief voetbalt.

Bij voldoende belangstelling gaan we een wedstrijd organiseren!

Jan van der Maten en Bennie Reitsma,
MCL Leeuwarden
J.maten@znb.nl

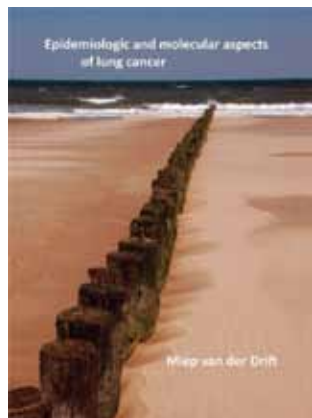


Samenvatting proefschrift Miep A. van der Drift

‘EPIDEMIOLOGIC AND MOLECULAR ASPECTS OF LUNG CANCER’

12 april 2012 Radboud Universiteit Nijmegen
Promotor: Prof. Dr. P.N.R. Dekhuijzen
Copromotoren: Dr. F.B.J.M. Thunnissen, Dr. B.E.A. Hol

De diagnose longkanker wordt bij 11.435 patiënten per jaar in Nederland gesteld (6.992 mannen en 4.443 vrouwen) en is de belangrijkste doodsoorzaak door kanker wereldwijd (www.ikcnet.nl). In dit proefschrift wordt een overzicht gegeven van de veranderingen in behandeling en overleving van niet-kleincellig longkanker (NSCLC) en kleincellig longkanker



(SCLC) in Nederland in de laatste 20 jaar. Daarnaast is de bijdrage van biomarkers in verschillende lichaamsvloeistoffen in de diagnostiek en prognose van longkanker onderzocht.

Epidemiologie van longkanker

In wetenschappelijke studies is de overleving van longkanker de laatste jaren toegenomen door verbeteringen in de behandeling. Aan deze studies nemen geselecteerde patiënten deel, vaak jonger met een goede performance status. De vraag is in hoeverre deze uitkomsten generaliseerbaar zijn naar de algemene populatie. Uit een analyse van de database van de Nederlandse Kanker Registratie bleek dat het aantal NSCLC patiënten (n = 147.760) behandeld met de huidige standaardbehandeling, zoals beschreven in de Nederlandse richtlijn voor stadiëring en behandeling van NSCLC (2004, www.ikcnet.nl), is toegenomen in de laatste 20 jaar, behalve voor stadium II. Patiënten ≥ 75 jaar, ongeveer 25% van de populatie, kregen in 50% de standaardbehandeling vergeleken met patiënten jonger dan 75 jaar. De 5-jaars relatieve overleving van de totale groep NSCLC patiënten steeg van 14.8% tot 17.4% en vooral bij vrouwen (18%), jongere

patiënten (18%) en binnen elk stadium, wat verklaard kon worden door zowel veranderingen in behandeling als door een betere stadiëring.

Bij SCLC (n = 34.100 in de database van de Nederlandse Kanker Registratie) nam de proportie behandelde patiënten met limited disease toe en veranderde niet bij extensive disease tussen 1989 en 2009. De 1-jaars relatieve overleving van patiënten tussen 45-59 jaar verbeterde significant, maar niet voor de andere leeftijdsgroepen.

Concluderend is er voor optimale behandeling van longkanker een betere afstemming tussen wetenschappelijke studies en dagelijkse praktijk nodig, zeker voor de oudere en kwetsbare patiënten.

Biomarker en DNA analyse in lichaamsvloeistoffen bij longkanker

In toenemende mate vindt verfijning van de diagnostiek plaats om de diagnose longkanker makkelijker te kunnen stellen, inclusief analyse van moleculaire markers. Moleculaire analyse in lichaamsvloeistoffen kan vooral van toegevoegde waarde zijn bij patiënten met gevorderd longkanker bij wie vaak cytologisch, maar geen histologisch materiaal

beschikbaar is, of bij patiënten met perifere tumoren. Hypermethylering (waarbij tumor suppressor genen worden stil gelegd) en KRAS mutaties zijn aantoonbaar in sputum en bronchi-ale spoelingen. In niet-diagnostische bronchoscopieën van perifere tumoren waren RASSF1A methylering en KRAS mutaties ook aantoonbaar in bronchi-ale spoelingen zonder tumorcellen. Hypermethylering en KRAS mutaties kunnen op deze wijze de diagnostiek van longkanker sturen. Extracellulair, of circulerend, DNA komt in aanzienlijk hogere concentraties voor

in plasma van (long)kankerpatiënten vergeleken met gezonde controles of patiënten met een goedaardige aandoening. Wij vonden dat een hoge circulerend DNA concentratie in plasma een prognostische factor is voor slechte overleving. Dit kan bijdragen aan het verfijnen van het prognostische en mogelijk ook predictieve profiel van longkankerpatiënten om behandeling op maat beter te kunnen afstemmen. Extracellulair DNA in sputum was niet gerelateerd aan de aanwezigheid van longkanker, maar aan de mate van inflammatie.

Miep van der Drift (Leiden, 1969) studeerde in Leiden cum laude af in de studie Geneeskunde. Zij werkt sinds 2004 als longarts en stafid in het UMC St Radboud en het Universitair Centrum voor Chronische Ziekten Dekkerswald. Zij verrichtte haar promotieonderzoek op de afdeling Longziekten van het UMC St Radboud, in samenwerking met de afdelingen Longziekten en Pathologie van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis. Het onderzoek vond plaats binnen het onderzoeksinstituut Oncology (RUCO) van het UMC St Radboud.



Samenvatting proefschrift Willemien de Kleijn

FATIGUE IN SARCOIDOSIS

Tilburg University, 16 mei 2012
Onder begeleiding van prof.
dr. M. Drent en prof. dr. J. de Vries

Sarcoïdose is een multi-systemische aandoening van onbekende oorzaak, gekenmerkt door de vorming van granulomen. De aandoening kan overal in het lichaam voorkomen, maar vooral in de longen. Naast luchtwegklachten, zoals hoesten en dyspneu, hebben deze patiënten regelmatig last van pijn, spierzwakte, cognitieve klachten, symptomen gerelateerd aan dunne vezels neuropathie en depressieve symptomen. Echter, vermoeidheid is het meest voorkomende probleem. Het doel van het proefschrift is de prevalentie, classificatie en de rol van psychologische factoren bij vermoeidheid bij sarcoïdosepatiënten te onderzoeken. Sarcoïdosepatiënten van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+) zijn gedurende een periode van 18 maanden gevolgd. Deze studie is mede mogelijk gemaakt door een subsidie van de Sarcoïdose Belangenvereniging Nederland (<http://www.sarcoïdose.nl>) en steun van de ild care foundation (www.ildcare.eu). Eerdere studies geven aan dat vermoeidheid een veelvoorkomende

klacht is en gerelateerd aan een verminderde kwaliteit van leven. De oorzaak is echter onbekend en er is nog geen standaardbehandeling voor vermoeidheid voorhanden. Ook bleken er geen longitudinale studies voorhanden, waardoor er weinig bekend was over de ontwikkeling van vermoeidheid en de factoren die deze klacht in stand houden.

Een van de studies beschreven in het proefschrift tonen aan dat vermoeidheid bij Nederlandse patiënten even vaak voorkomt als bij Amerikaanse patiënten, maar bij Nederlanders heftiger is. Er blijkt in deze laatste groep geen relatie tussen vermoeidheid en geslacht, leeftijd, extrapulmonale lokalisatie, medicatiegebruik noch met de röntgenstadia.

Wat betreft de classificatie van vermoeidheid is gevonden dat vermoeidheid kan worden ingedeeld in drie groepen: een groep met milde klachten, een groep met wisselende klachten en een groep met klachten gedurende de hele dag. Deze laatste groep rapporteert ook meer psychologische en lichamelijke klachten, en de mensen zijn vaak arbeidsongeschikt.

Het minimale klinisch relevante verschil (minimal clinically important difference: MCID) is ontwikkeld als

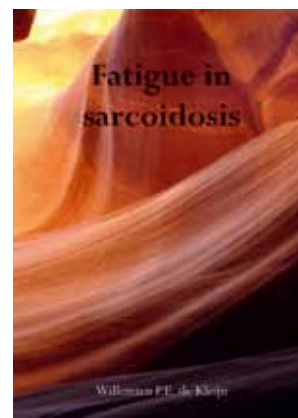
maat voor het kleinste verschil in een score van belang, die patiënten ervaren als relevante verandering. De MCID weerspiegelt een klinisch relevante verschillscore en kan nuttig zijn in de klinische praktijk en voor onderzoek, want het geeft de kans op succes van een behandeling weer. Daarnaast kan de MCID nuttig zijn voor artsen om de klinische betekenis van veranderingen in vermoeidheid bij individuele patiënten te interpreteren. De Fatigue Assessment Scale (FAS) is gevalideerd voor sarcoïdose. Er is sprake van moeheid bij een score van ≥ 22 . Voor de FAS is de MCID in dit proefschrift onderzocht en bepaald op vier punten. Cognitieve klachten en depressieve symptomen bleken de belangrijkste voorspellers te zijn van vermoeidheid, gevolgd door symptomen gerelateerd aan dunne vezel neuropathie en dyspneu. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat een angstige persoonlijkheid indirect een rol speelt bij vermoeidheid. Omdat, net als bij andere chronische ziekten, vermoeidheid, depressieve symptomen en angst vaak samen voorkomen, is deze triade nader onderzocht. Het blijkt dat vermoeidheid vaak samengaat met angst en depressieve symptomen, maar dat er geen sprake is van een volledig overlap tussen deze drie variabelen.

Bovendien rapporteren patiënten die de hele dag moe zijn, vaker angst en depressieve symptomen dan patiënten met één van de andere twee typen van vermoeidheid.

Samenvattend, deze bevindingen tonen eens te meer aan dat vermoeidheid een belangrijk probleem is bij sarcoïdose en dat psychologische factoren vermoeidheid in stand houden. De FAS kan worden gebruikt in de praktijk om een klinisch relevante verandering in vermoeidheid te identificeren bij (individuele) patiënten. Voor de patiënten is het van groot

belang dat symptomen van dunne vezel neuropathie, cognitieve klachten, depressieve symptomen en dyspneu serieus worden genomen, gescreend en - indien nodig - worden behandeld door een multidisciplinair team.

Het volledige proefschrift kunt u vinden op: <http://www.ildcare.eu/index.php?id=116>. Voor meer informatie over de beschreven onderzoeken of een kopie van het proefschrift kunt u zich wenden tot Willemien de Kleijn: w.p.e.dekleijn@uvt.nl





Samenvatting proefschrift Firdaus A.A. Mohamed Hoesein

DETECTION OF COPD, LUNG FUNCTION DECLINE AND EMPHYSEMA PROGRESSION IN HEAVY SMOKERS

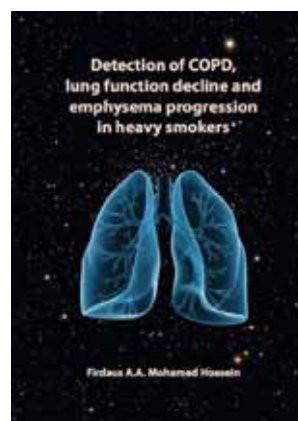
Universiteit Utrecht, 26 april 2012,
Promotor prof. J.W.J. Lammers

The work presented in this thesis has improved our insights in important determinants of lung function decline and emphysema progression in heavy smokers. Secondly, it improved our insight on the question which threshold of FEV1/FVC is most appropriate in diagnosing COPD.

We showed in chapter 2 that the decline in lung function was the steepest in participants with higher lung function values. Regarding emphysema progression we found that it was least in the group with high lung function values and strongest in participants with lower lung function values. In chapter 3 we reported that a higher extent of CT-quantified emphysema was associated with a stronger decline in lung function and with an increased risk of the development of COPD during a 3-year follow-up. In addition we showed in chapter 4 that the distribution pattern also was associated with lung function decline. Participants with upper lobe predominant emphysema had a lower FEV1/FVC after follow-up than those with lower lobe predominant emphysema. In chapter 5 we examined the effects of duration of smoking cessation on lung function decline and progression of emphysema in heavy smokers.

Smoking cessation for >4 years stabilized lung function decline and emphysema progression in both obstructed as non-obstructed participants. Our results show that smoking cessation is beneficial even in participants with a high smoking exposure. In chapter 6 we showed that the diffusion capacity of the lungs for carbon monoxide (Kco) was associated with lung function decline and progression of CT-quantified emphysema. In chapter 7 we showed that variants in the 15q24/25 locus are associated with lung function decline in active smokers. Current smokers homozygous for the rs1051730 A-allele or rs8034191 G-allele had significantly greater FEV1/FVC decline than homozygous carriers of wild-type alleles. These findings were replicated in an independent cohort of healthy smokers and subjects with varying COPD severity (GOLDI –IV). The same risk alleles conferred, respectively, a five- and four-fold increased risk to be referred for lung transplantation because of end-stage COPD. In chapter 8 we described the performance of a literature search of studies comparing diagnostic criteria of spirometric COPD: FEV1/FVC below the lower limit of normal (LLN) or below 70%. Prevalence rates according to the fixed criterion were higher than those according to the LLN. The major flaw of the four cross sectional studies is that they compared the fixed criterion with the LLN, by taking the LLN as gold standard. In an

attempt to investigate which threshold is to prefer we performed a diagnostic study (chapter 9). A panel diagnosis of COPD was used as reference standard and the FEV1/FVC < LLN and <70% were compared. Specificity numbers were comparable, but large differences in the sensitivity existed. The outcomes of this study suggest that the <70% is preferred above the <LLN to diagnose COPD in subjects presenting with persistent cough to their general practitioner. Secondly, we showed in chapter 9 that no significant differences existed in diagnostic properties of using either pre- or post-bronchodilator values for diagnosing COPD.



U kunt het proefschrift downloaden via:
<http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2012-0404-200437/UUindex.html>,
of mailen naar:
fmohamedhoesein@gmail.com



Samenvatting proefschrift Yeun Ying Wong

MYOCARDIAL O₂ SUPPLY AND O₂ UTILIZATION OF THE RIGHT VENTRICLE IN PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION

Vrije Universiteit Amsterdam,
21 maart 2012
Promotor: Prof.dr. A. Vonk Noordegraaf
Copromotoren: Dr. W.J. van der Laarse, Dr. P.G.H.M. Raijmakers

Idiopathische pulmonale arteriële hypertensie (IPAH) is een longvaatziekte en wordt gekenmerkt door een verhoogde pulmonale arteriële vaatweerstand. IPAH wordt gediagnosticeerd middels rechter hartcatheterisatie wanneer de gemiddelde pulmonale arteriële druk (mPAP) hoger is dan 25 mmHg (normaal 12 mmHg). Het rechter ventrikel moet tegen deze verhoogde vaatweerstand inpompen. Het rechter ventrikel (RV) vermogen neemt toe met RV hypertrofie. IPAH is echter progressief met als eindstadium fataal RV hartfalen. Het is onduidelijk hoe hartfalen ontstaat en mede daardoor is de behandeling van RV falen tot op heden symptomatisch. Meer inzicht verkrijgen in de ontstaanswijze van hartfalen is daarom van belang voor het ontwikkelen van nieuwe behandelingen ertegen. Een hypothese voor het ontstaan van hartfalen is dat het hypertrofe RV hartspier een verhoogd zuurstofverbruik heeft, terwijl het zuurstofaanbod naar de cardiomyocyten afgenomen is. Deze disbalans leidt tot intracellulaire zuurstoftekort met als gevolg hartfalen. Dit proefschrift onderzoekt translationeel het RV zuurstofverbruik en -aanbod, in zowel IPAH patiënten als het pulmonale hypertensie

(PH) ratmodel.

Myocardiale zuurstofconsumptie (MVO₂) wordt gemeten middels catheterisatie met bepaling van de veneuze zuurstofcontent in het sinus venosum. De arteriële minus de veneuze zuurstofcontent resulteert in de zuurstofextractie (OE) van de linker harthelft. Deze methode is onbruikbaar in de RV hartspier door de afwezigheid van een gemeenschappelijke eindvene. Met positron emissie tomografie (PET) scan en radioactief zuurstof is een nieuwe methode gevalideerd die de OE meet van de RV wand in patiënten met milde en ernstige IPAH. De RV perfusie is ook gemeten. Zowel de OE als de perfusie blijken vergelijkbaar met RV waarden uit dierexperimenteel PH studies. Het product van OE, perfusie en arteriële zuurstofcontent is de MVO₂. De RV MVO₂ in relatie tot het RV vermogen (cardiac output x mPAP) is verhoogd in patiënten met ernstige IPAH. Anders gezegd: de RV mechanische



efficiëntie (vermogen/MVO₂) is lager dan die in milde IPAH patiënten. De efficiëntie is sterk gecorreleerd aan de RV ejectie fractie, een

index voor de RV functie. De efficiëntie van geïsoleerde RV hartspier van PH ratten blijkt ook significant lager dan die van controle: de afgenomen RV efficiëntie wordt waarschijnlijk grotendeels veroorzaakt door intracellulaire veranderingen. Welke dit precies zijn moet uit toekomstig onderzoek blijken.

Het RV zuurstofaanbod wordt normaliter eerst bepaald door de OE, die bij verhoging van de zuurstofvraag maximaliseert, alvorens de perfusie toeneemt. Bij IPAH patiënten met hoge, dus maximale, OE, stijgt de RV perfusie weliswaar significant tijdens inspanning. Deze stijging was echter significant minder dan in de patiënten met lage rust-OE, die tevens een betere IPAH en RV functie hebben. Patiënten met ernstige IPAH zijn dus dubbel in het nadeel: naast een hoger MVO₂ is de RV perfusiereserve verminderd; intracellulair zuurstoftekort kan ontstaan bij verdere toename van de zuurstofvraag. Tenslotte zijn er in RV hartspierbiopten, verkregen uit overleden patiënten met eindstadium PH, veranderingen in het zuurstofaanbod gevonden. Vergeleken met controle RV myocard blijken zowel de capillaire dichtheid als de myoglobine, het intracellulaire zuurstoftransporteiwit, afgenomen. Dit is aanvullend bewijs dat een zuurstofdisbalans suggereert in het falend RV myocard met verhoogde MVO₂ en beperking in zuurstofaanbod (perfusie).

y.wong@vumc.nl

Kandidaat-leden

Annemarie van den Berg HagaZiekenhuis, Den Haag

Stephan van der Kleij Amphia Ziekenhuis, Breda

Janna Schoenmaekers MUMC, Maastricht

Sebastiaan Denker Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam

Janneke Ravensberg arts longrevalidatie, Rijnlands Revalidatie Centrum

Nieuw benoemde longartsen

Edith Kok Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Winterswijk

Laura Ootes Gelre Ziekenhuizen, Zutphen

Laurien Oswald Amsterdam

Niels Patberg Weesp

Suzy Samii Deventer Ziekenhuis

Michiel Spanbroek Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen

Nicole Verheijen Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam

Anthony van der Wekken Universitair Medisch Centrum Groningen

Serge van Wolferen Zaans Medisch Centrum, Zaandam

Edith Kok Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Winterswijk

Sunit van Riel Universitair Medisch Centrum Utrecht

Bas Langeveld Deventer Ziekenhuis

Fellow intensive care

Martijn Groenendijk VU Medisch Centrum, Amsterdam

Ruud Segers Maastricht Universitair Medisch Centrum

Nieuwe rustende leden

Wim van Veldhuizen Diaconessenhuis, Meppel

Overleden

Dhr. V.H. Rutgers Heerlen

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
JULI 2012		
2	3	Noord-Nederlandse IC-refereeravond - Rottevalle (NL)
i.a.	3	Treatment beyond progression bij behandeling met TKI's - Groningen (NL)
i.a.	6	Hart en longen: één en één is drie - Goes (NL)
12	10	Advanced Life Support 2011 - Kolham (NL)
SEPTEMBER 2012		
20	1	ERS - Wenen (AT)
18	5	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	8	EACTA echo Course 2012 (expert) - Basel, Zwitserland
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)
12	18	NVIC Echografie cursus 2012 - Lunteren (NL)
4	20	Symposium New Insights Into Pulmonary Infectious Disease, Erasmus MC, Afdeling Longziekten - Rotterdam (NL)
18	24	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
i.a.	27	The 9th Symposium on Specific Allergy 2012 - Berlijn (DE)
6	28	1e congres dutch acute medicine - Amsterdam (NL)
OKTOBER 2012		
18	1	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	3	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
	4	World Association of Sarcoidosis - Cleveland (USA)
6	5	NVALT Ledenvergadering
	6	Hermes Examen – Utrecht (NL)
20	7	The New York Dutch Lung Cancer Course - Manhattan (US)
12	9	Advanced Life Support 2011 - Kolham (NL)
i.a.	11	Diagnostiek bij vermoeden van een afweerstoornis - Eindhoven (NL)
30	13	Annual Congres European Society of Intensive Care Medicine (ESICM 2012) - Lissabon (PT)
27	13	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2012) - Washington D.C. (US)
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)
5	31	Transthoracale echografie - Amsterdam Zuid-Oost (NL)

Punten	Datum	Nascholing
		NOVEMBER 2012
	2	COPD-netwerk: werk in uitvoering
25	4	Schiermonnikoog MASTERCLASSIC 2012 - Schiermonnikoog (NL)
18	7	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	7	NVIC Echografie cursus 2012 - Lunteren (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)
20	22	Bronkhorst Colloquium Veldhoven
i.a.	22	Diagnostiek bij vermoeden van een afweerstoornis - Leiden (NL)
10	22	NVIC Mechanische beademingsdagen 2012 - Ede (NL)
18	26	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
5	28	Transthoracale echografie - Amsterdam Zuid-Oost (NL)
		DECEMBER 2012
12	11	NVIC Echografie cursus 2012 - Lunteren (NL)
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)
		MAART 2013
	25	Longartsenweek (t/m 28 maart) Papendal Arnhem
		APRIL 2013
	18	Longdagen (t/m 20 april) – Utrecht (NL)
		MEI 2013
33	6	16th Annual Comprehensive Review & Update of Perioperative Echo (SCA) - Atlanta (US)
	30	Ergometrie cursus
		JUNI 2013
	6	WASOG Parijs (FR)
		AUGUSTUS 2013
26	28	11th World Congress on Intensive Care and Critical Care Medicine (WFSICCM 2013) - Durban (ZA)
		OKTOBER 2013
30	5	Annual Congres European Society of Intensive Care Medicine (ESICM 2013) - Parijs (FR)
27	12	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2013) - San Francisco (US)

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		Collegietour Longcarcinoom: het belang van moleculaire diagnostiek
1		Collegietour: 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
1		On-demand webcast ASCO TeleReview@2011
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 diagnostiek algoritme
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		Post-ASTRO Webcast 2010 On-demand
4		SWAB-richtlijn, van theorie naar praktijk
1		WebTV nascholing: Herziene richtlijn niet-kleincellig en kleincellig longcarcinoom 2011
1		WebTV Nieuwe astma en allergische rhinitis test 2012
1		WebTV Stoppen met roken

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