

PULMO

Script

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT
JAARGANG 23, NR. 3 SEPTEMBER 2012



INTERVIEW MET
'asbest-advocaat' Bob Ruers

JAARVERSLAG 2011

'RIVER DEEP,
MOUNTAIN HIGH'

Colofon

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

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

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

Uiterste datum voor insturen kopij
nr. 4: 15 november 2012

PulmoScript verschijnt eenmaal
per kwartaal in een oplage
van 1000 exemplaren.

Elke auteur en adverteerder is
verantwoordelijk voor zijn of haar bijdrage.
Hetzelfde geldt voor inlichtingen
door derden verstrekt.

Van Engelen - tekst, vormgeving en
drukkeradviezen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



04 VOORWOORD

Bestuur

- 05 Vanuit het bestuur
Programma NVALT Najaarsvergadering 5 oktober 2012
- 06 • Agenda Huishoudelijk programma
- 07 • Agenda Wetenschappelijk programma
- 08 Jaarverslag 2011

Vanuit de VvAwT

- 35 Vooraankondiging Studiedagen VvAwT

Interview

- 28 Bob Ruers, 'Asbestadvocaat' over zijn werk voor asbestslachtoffers

Rubrieken

- 30 Longen digitaal: iPulmonologist
- 31 Opleiding in de kijker: UMCG, Er gaat niets boven Groningen!
- 32 Longarts in het buitenland: Els de Gussem, Canada
- 34 Pulmonaal Portret: Bart Oppedijk

Nascholing

- 42 Samenvatting proefschrift Annemieke Schuurhof
Host response to respiratory syncytial virus: genetic associations and effect on disease severity'

En ook...

- 36 Voorlichtingsfilm over leven met COPD
- 38 'River deep, Mountain high': een kwestie van druk

Personalia

- 43 Kandidaat-leden
- 44 Nieuw benoemde longartsen
- 44 Nieuwe rustende leden

45 Congresagenda

De zomer zit er weer op en de eerste bladeren vallen. Dat is de tijd dat we allemaal weer volop aan de slag zijn. De ERS is al geweest. Ik vond het een leuk en goed congres. Er waren veel Nederlandse deelnemers uit vele gelederen. Op dinsdagavond hebben we de Hollandse avond op een mooie buitenlocatie gehouden. Het weer werkte mee, de stemming was prima en de opkomst was geweldig. We hebben daar bijna 200 deelnemers kunnen begroeten. Ik hoop dat de najaarsvergadering net zo goed wordt bezocht, want dat is de plaats waar tijdens de huishoudelijke vergadering belangrijke zaken worden besproken en knopen moeten worden doorgemaakt. Dit kan alleen met een voldoende quorum van stemgerechtigde NVALT leden. Voor het programma van de najaarsvergadering op 5 oktober wil ik u verwijzen naar de agenda in deze PulmoScript.

Daarnaast vindt u een aantal artikelen in de vaste rubrieken.

Bob Ruers "asbestadvocaat" wordt geïnterviewd. Hij zet zich al heel lang in voor de belangen van asbestslachtoffers. Hierbij gaat het over patiënten die een mesothelioom krijgen, maar ook 12% van de mannen met longkanker heeft dit niet op basis van roken maar op basis van asbestcontact. Ook zij moeten in aanmerking komen voor slachtoffer-vergoeding.

De opleiding tot longarts in Groningen wordt belicht. Het zou de beste opleiding in Nederland zijn aldus de schrijvers. Of dat waar is weten we niet maar de assistenten daar zijn in ieder geval heel tevreden en dat is heel goed om te horen. Als longarts in het buitenland staat deze keer Els de Gussum in de kijker. Zij heeft zich samen met haar man en 2 kleine kinderen in Winnipeg (Canada) gevestigd. Zij beschrijft de verschillen in gezondheidszorg, die mede veroorzaakt worden door zeer grote te overbruggen afstanden. Daarnaast vertelt zij een persoonlijk verhaal van een uitdagende stap in den vreemden. In het pulmonaal portret wordt een longarts geïnterviewd. Deze keer de beurt aan Bart Oppedijk.



Jelle Miedema, AIOS in Nijmegen UMCN st Radboud heeft zijn hart verpand aan duiken. Hij heeft zich verdiept in de fysiologische gevolgen van zowel drukverhogende als drukverlagende sporten of omstandigheden. De NVALT is ook voornemens hier een werkgroep voor op te richten en moet zich gelukkig prijzen met een jonge collega die dit samen met meer ervaren collega's vorm wil gaan geven. Er wordt dan ook een oproep voor leden van zo'n op te richten werkgroep gedaan. U kunt zich aanmelden via het NVALT secretariaat.

Annemieke Schuurhof geeft een samenvatting van haar proefschrift "Host response to RS virus: genetic associations and effect on disease severity. Zij is hier in maart in Utrecht op gepromoveerd.

Bert Baas, ons allen bekend in verband met zijn grote verdienste voor de aandacht voor palliatieve zorg van COPD patiënten in Nederland, heeft een voorlichtingsfilm gemaakt over het leven met COPD. Deze film heeft de moeilijke titel Achonizomai. Waarom dat is kunt u in zijn bijdrage lezen. In de rubriek digitaal wordt opnieuw reclame gemaakt voor de site iPulmonologist.nl. Dit is een website waar discussies gevoerd en advies gevraagd kunnen worden. Misschien voor ons nog niet de geëigende weg, maar wel een steeds meer gebruikte manier van discussies voeren. Maak er gebruik van.

Ik hoop dat u deze PulmoScript opnieuw lezenswaardig vindt en het u uitnodigt tot een bijdrage in de volgende editie.

Veel lees plezier!

Yvonne Heijdra
Vice voorzitter en Wetenschappelijk secretaris

Vanuit het bestuur

Beste Leden,

Waren de bestuursleden nog in de veronderstelling dat de vakantieperiode voor elke hardwerkende longarts een periode van rust met zich mee zou brengen, dan heeft het staartje van de vakantie voor de longafdeling van het VU Medisch centrum allesbehalve rust met zich mee gebracht. De onverwachte ontslagaanzegging aan het hoofd van de afdeling Longziekten bracht niet alleen binnen de VU commotie teweeg, maar bleek zowel bij het Bestuur van de NVALT als bij vele collega's onthutsing en gevoelens van verbondenheid teweeg te brengen. Het geeft toch zeer te denken als een vakgroep maatregelen treft, gericht op de handhaving en bewaking van de kwaliteit van zorg en hiervoor achteraf de deksel op de neus krijgt. Het bestuur zag zich zelfs genoodzaakt om een verklaring omtrent de ontwikkelingen binnen de VU in de media af te geven. Gelukkig blijkt de bestuurswisseling binnen de VU ook een basis voor nieuw vertrouwen gelegd te hebben en zijn er weer gesprekken met de betrokken hoogleraar aangeknoopt. Laten wij hopen dat alle partijen lering trekken uit dit voorval en verbeteringen binnen het zorgproces willen doorvoeren. Tevens vertrouwen wij erop dat het gebeurde in de VU geen beletsel vormt om onze verantwoordelijkheid te nemen op het moment dat wij als professionals van mening zijn dat de kwaliteit van zorg in het gedrang komt.

Gelukkig zijn er over de afgelopen periode ook tal van goede ontwikkelingen te melden.

Het verzoek vanuit het bestuur aan de werkgroepen om bouwstenen aan te voeren voor het nieuwe beleidsplan van basis, torens en penthouses heeft al diverse enthousiaste en constructieve

reacties opgeleverd. Dit laat maar weer eens zien hoe degelijk de basis van onze vereniging is en de betrokkenheid van onze leden bij de vormgeving van nieuwe ontwikkelingen.

Daarnaast vond recent het jaarlijks congres van de ERS plaats, volgend op Amsterdam was ditmaal Wenen de locatie. Hier was de Nederlandse longgemeenschap goed vertegenwoordigd binnen de diverse voordrachten, posterpresentaties en posterdiscussies. Diverse onderzoekers vielen in de prijzen met ondermeer ERS-fellowships. Daarnaast werd op de ERS kenbaar gemaakt dat collega Liesbeth Bel gekozen is tot president-elect van de ERS. Aangezien Peter Sterk de national delegate voor de ERS is, kan er gerust van een nieuw Amsterdams bolwerk binnen de ERS gesproken worden. Het bestuur zal in ieder geval alle mogelijkheden aangrijpen om synergie met de ERS te verbeteren. Een van de eerstvolgende gezamenlijke actiemomenten zal de nieuwe EU-wetgeving aangaande het verbod van reclame-uitingen op de verpakkingen van sigaretten zijn. Vanuit Nederland zullen wij een duidelijk signaal aan de EU-parlementariërs afgeven dat roken te allen tijde ontmoedigd dient te worden. Wij zullen hierin nauw samenwerken met de Smokefree Partnership, welke ondermeer ook vanuit de ERS gesteund wordt.

Binnen de Commissie Visitatie Longziekten wordt gewerkt aan een nieuw visitatiedocument, waarbinnen nieuwe beoordelingsnormen voor praktijkvoering en – organisatie aangegeven zullen worden. Momenteel ligt dit voorstel met een verzoek tot advies bij de diverse werkgroepen. Zodra hierover een definitief standpunt ingenomen is, zult u dit van ons vernemen. Inmiddels is vanuit de Orde wel duidelijk geworden dat de kwaliteitsvisitaties

niet meer vergoed zullen worden vanuit de algemene kwaliteitsgelden (SKMS). Er lijkt zich een meerderheid af te tekenen voor het besluit de kosten van de visitatie in de toekomst aan de individuele maatschappen c.q. het ziekenhuis (in geval van specialisten in dienstverband) in rekening te brengen. Ook hierover zullen wij u informeren zodra er meer duidelijkheid komt.

De werkgroep palliatieve zorg heeft een visiedocument ontwikkeld over de gewenste inrichting van palliatieve zorg bij patiënten met chronisch longziekten. In dit document beschrijven zij ondermeer de visie, voorwaarden voor adequate zorg evenals de bijpassende scholingsmogelijkheden. De werkgroep zal dit document in de algemene ledenvergadering van 5 oktober aanstaande uiteenzetten.

Het bestuur wil u derhalve van harte uitnodigen voor onze ledenvergadering op 5 oktober aanstaande en hoopt u daar met velen te zien.



Met collegiale groet vanuit het bestuur
Herman-Jan Pennings, *secretaris*

Vrijdag 5 oktober 2012 Prins Claus Congreszaal - Jaarbeurs te Utrecht

Agenda ledenvergadering NVALT

Huishoudelijke vergadering (14.30 - 16.30 uur)

let op: locatie Hallencomplex- 1^e etage
U bent bereikbaar via tel. 030 - 2955911

1. Opening
2. Notulen vergadering 12 april 2012 (zie PulmoScript nr. 2 -2012)
3. Mededelingen vanuit het Bestuur
 - goedkeuring concept normering oncologische zorg in Nederland (zie website onder Nieuws)
 - plan van aanpak Achmea
4. Mededelingen vanuit de Commissie Beroepsbelangen/Projectgroep DBC's-DOT
5. Mededelingen vanuit het Concilium
6. Mededelingen vanuit de Commissie Richtlijnen
 - Bespreken en autoriseren richtlijn Ernstig Astma
 - Autoriseren Zorgstandaard Astma bij Volwassenen
7. Vanuit de Werkgroep Palliatieve Zorg – het Visiedocument palliatieve zorg (zie website onder Nieuws)
8. Jaarverslag 2011 (zie PulmoScript nr. 3 - 2012)
9. Verkiezingen:
 - a. Bestuur**
 - De vacature van vice-voorzitter is inmiddels ingevuld door dr. Y. Heijdra.
 - De zittingstermijn van Mevrouw dr. J. van Loenhout is verstreken, zij stelt zich herkiesbaar.
 - b. Concilium**
 - De zittingstermijn van Mevrouw dr. J. van Loenhout is verstreken, zij stelt zich herkiesbaar.
 - c. Commissie Richtlijnen Longziekten**
 - drs. C.L. van Felius treedt af op eigen verzoek. Hij zal worden opgevolgd door dr. J.M. Kwakkel- van Erp.
10. Voorstellen kandidaat-leden
11. Wat verder ter tafel komt en rondvraag
12. Sluiting

Wetenschappelijk programma

09.00 uur *ontvangst*

Vanuit de Werkgroep infectieziekten:

09.30 uur Tjip van der Werf, Universitair Medisch Centrum, Groningen
Recidiverende luchtweginfecties: op weg naar een revisie van de NVALT richtlijn

09.50 uur Tjip van der Werf, Universitair Medisch Centrum, Groningen
Non-CF Bronchiëctasieën

Vanuit de Werkgroep Tuberculose:

10.10 uur Marleen Bakker, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
Het LTBI spreekuur voor de longarts

10.40 uur *Pauze*

11.10 uur Joke van Loenhout, GGD Regio Nijmegen en Anneke van Veen, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
Outbreakmanagement

11.35 uur Martin Boeree, Universitair Centrum voor Chronische Ziekten Dekkerswald, Groesbeek
Rifampicine-dosis trail

12.00 uur Eva van der Wal, Spaarne Ziekenhuis, Hoofddorp
TBC-HIV>

12.15 uur *lunch*

Vanuit de Werkgroep Cystic Fibrosis:

13.00 uur Inez Bronsveld, Universitair Medisch Centrum, Utrecht
Huidige inzichten CF diagnostiek en de hielprikscreening

13.20 uur Harry Heijerman, Haga Ziekenhuis, Den Haag
Inhalatieantibiotica

13.40 uur Daan Smits, UMC St. Radboud, Nijmegen
Dyspnoe bij sporters

14.00 uur Romke Hoekstra, Medisch Centrum Leeuwarden
Postoperatieve "Salto Morale" na longresectie, zijn er preventieve maatregelen voorhanden?

14.20 uur *pauze*

14.45 uur Huishoudelijke vergadering

16.30 uur Afsluiting met borrel en hapje

JAARVERSLAG NVALT 2011

Bestuur

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose was op 31 december 2011 als volgt samengesteld:

Prof. dr. G.J. Wesseling	voorzitter
Dr. F.W.J.M. Smeenk	vice-voorzitter
Dr. H.J. Pennings	secretaris
Dr. Y. Heijdra	wetenschappelijk secretaris
Dr. B.J.W. Venmans	penningmeester
Prof. dr. E.F. Smit	(Concilium)
Dr. J. H. van Loenhout	(sectie Tuberculosebestrijding)
Dr. J.L.M. van Helmond	(Cie. Beroepsbelangen)
Dr. C. Melissant	commissaris Kwaliteit
Drs. B. Knipscheer	(Sectie Assistenten)

Wetenschappelijke vergadering NVALT gehouden t.t.v. de WASOG Meeting op woensdag 15 juni 2011 te Maastricht:

Op woensdag 15 juni werden de volgende voordrachten gehouden:

- Benefits of a multidisciplinary approach of sarcoïdosis patients. Prof. Dr. M. Drent
- Management of IPF. Prof. dr. U. Costabel
- Management of pulmonary hypertension in interstitial lung disease. Prof. Dr. B. Baughman
- Management of asthma and COPD. Let's roll. Prof. Dr. GJ Wesseling

Wetenschappelijke vergadering NVALT op vrijdag 7 oktober 2011 te Utrecht:

Op vrijdag 7 oktober werden de volgende voordrachten gehouden:

Thema Slaapstoornissen

- RAPAP study. CPAP vs Restricted-AutoCPAP therapy in OSAS. RCT. L. Rohling, Enschede
- Online Database Slaapstoornissen. Ontwerp, structuur en eerste resultaten. H. Hassing, Venlo
- OSAS screening bij Philips werknemers. Sample study. M. Eijsvogel, Enschede
- Obesitas hypoventilatie syndroom. J. van den Aardweg, Alkmaar
- Centraal Slaap Apneu Syndroom. Review. K.van Kralingen, Dirksland
- Glue embolism of the lung. M. Simson, Medisch Spectrum Twente, Enschede

- Flexibele thoracoscopie in de sneldiagnostiek van pleuravocht. N. Scheppers, Atrium medisch Centrum, Heerlen
- A late pulmonary complication after a bumpy ride. M. Türk, Universitair medisch Centrum, Groningen

Bestuur

(H.J. Pennings)

In 2011 vergaderde het Bestuur 10 maal. Er vond een visionaire dag plaats te Utrecht d.d.25 mei met als onderwerpen: Kwaliteitskoepel en kwaliteitsplan, relatie NVALT met Orde van Medisch Specialisten/ Nederlands Respiratoir samenwerkingsverband(NRS) / ERS, Meerjarenbeleidsplan NVALT, actualisering statuten en huishoudelijk reglement, tevens een gesprek met de "national delegate" van de ERS, collega P. Sterk. Ledenvergaderingen vonden plaats op 15 juni en 7 oktober.

In 2011 vonden de volgende wijzigingen in de *samenstelling* plaats: Dr. F.W.J.M. Smeenk trad af als voorzitter, hij wordt opgevolgd door Prof. dr. GJ Wesseling. Dr. F.W.J.M. Smeenk blijft in het Bestuur als past-president. Dr. Y. Heijdra volgt Dr. E. Weersink op als wetenschappelijk secretaris. S. de Hosson treedt af als vertegenwoordiger vanuit de sectie assistenten en wordt opgevolgd door B. Knipscheer.

Contacten met werkgroepen:

In 2011 had het bestuur overleg met de werkgroepen COPD, Oncologie en twee maal met de Werkgroep Ademhalingsstoornissen tijdens de Slaap. Daarnaast had het Bestuur overleg met diverse gremia vanuit de Orde van Medisch specialisten. Tevens vond op 6 december bestuurlijk overleg plaats met de NRS.

Ledenvergaderingen: de opkomst op de algemene ledenvergaderingen blijft nog steeds een punt van aandacht. Zeker als er belangrijke besluiten genomen dienen te worden is een belangrijke opkomst van leden uiterst gewenst. Het bestuur realiseert zich dat de uiteenlopende activiteiten van de leden niet altijd een bezoek aan de ALV mogelijk maken; bij de actualisering van de statuten zal derhalve expliciet gekeken worden naar mogelijkheden van tele-voting. Het was daarom des te verheugender te merken dat de najaarsvergadering goed bezocht werd rondom het thema slaapstoornissen, waarbij als niet onbelangrijk onderwerp accreditatie van klinieken voor Respiratoire Slaapgeneeskunde op de agenda stond. Hierover ontstond een uitgebreide discussie, zowel over de noodzaak tot accreditatie, alsmede over vorm en inhoud. Besloten wordt het accreditatie-traject verder te verkennen, waarbij de WAS gevraagd wordt de op-

en aanmerkingen van de ALV in haar overwegingen mee te nemen en in 2012 aan het Bestuur een aangepaste versie te presenteren.

Om tegemoet te treden aan de roep om transparantie van het medisch handelen is er vanuit de Orde van Medisch Specialisten de Kwaliteitskoepel opgericht, waarover collega Jukema verdere toelichting verschafte. Het is van wezenlijk belang dat de medisch specialist als inhoudsdeskundige de leidende rol in het kwaliteitsbeleid op zich neemt. Slagen wij hier als wetenschappelijke verenigingen niet in dan zal het Kwaliteitsinstituut, dat momenteel vanuit VWS ingericht wordt, de leidende rol overnemen; het zal dan maar zeer de vraag zijn welke rol aan medisch inhoudelijke deskundigheid toebedeeld zal worden.

Daarnaast werd in de ledenvergadering van juni besloten tot de oprichting van een werkgroep Cystic Fibrosis; deze werkgroep kan als gesprekspartner optreden mede met het oog op de problematiek rondom de integrale financiering van Cystic Fibrosis zorg alsmede de daarvoor gewenst geachte ontwikkeling van een zorgstandaard Cystic Fibrosis. In eerste instantie werd vanuit de NVALT voorgesteld dit door de LAN te laten ontwikkelen, maar dit voorstel is door de werkgroep vanuit het ministerie van VWS niet overgenomen.

In de vergadering van oktober werd uitgebreid de positionpaper "TNF-alfa remmers bij sarcoïdosis" besproken en commentariseerd. Verder werden de richtlijnen "Diagnostiek en behandeling van het Mesothelioom" en "Community acquired pneumonia" besproken en goedgekeurd (zie verder onder kwaliteitsbeleid). Tevens werd in de vergadering van oktober door de CBB uitgebreid ingegaan op de spanningen van de projectgroep DBC, die zich inhoudelijk intensief bemoeit heeft met de transitie van DBC-structuur naar DOT.

Beleidsontwikkelingen. Het bestuur is druk bezig met de ontwikkeling van het nieuwe strategische meerjarenbeleidsplan van de NVALT, waarbij met name de visie op de positie van de longarts anno 2025 op de voorgrond staat. Daarvoor heeft inmiddels begin 2012 een invitationaal plaatsgevonden en op basis van deze uitkomsten zijn momenteel commissies en werkgroepen binnen de NVALT bezig met een verdere uitwerking van dit beleidsplan. Het zal dus een beleidsplan worden met een brede verankering binnen de Vereniging.

Daarnaast heeft de Sectie School voor Longziekten haar businessplan uitgewerkt, waarbij er een raamplan ontwikkeld zal worden, waarbij alle vormen van onderwijs binnen de NVALT door een commissie aangestuurd zal worden. Dus niet alleen het assistentenonderwijs, maar ook het postgraduate-onderwijs zal hierbij gaan horen.

De bedoeling is dat het binnen Nederland mogelijk wordt nageschoold te worden op alle basisterreinen van de longgeneeskundige zorg, en dat met een cyclus van 5 jaar. Daarbij zal ook gekeken worden naar nascholingsmogelijkheden van physician-assistents en andere specialismen (zoals bijv cardiologen die deelnemen aan de cursus ergometrie).

Kwaliteitsbeleid en Richtlijnen. In de ledenvergadering van oktober werd de richtlijn "Diagnostiek en behandeling van het Mesothelioom" goedgekeurd. Zoals al vermeld, is er op verzoek van de NVZ/NFU in het kader van de DOT-systematiek van add-on medicatie gewerkt aan een position-paper rondom de inzet van TNF-alfa remmers bij longziekten. Uiteindelijk blijkt er (beperkt) wetenschappelijk bewijs voor de inzet hiervan bij ernstig sarcoïdosis. Gezien de opmerkingen in de ledenvergaderingen zal in de ALV van april 2012 een aangepaste versie verschijnen. De bedoeling is dat medio 2012 de position-paper formeel geaccordeerd wordt. Verder werden in 2011 de richtlijnen thorax-drainage, richtlijn kleincellig alsmede richtlijn niet-kleincellig carcinoom en de richtlijn "palliatieve zorg bij COPD" officieel gepubliceerd. Samen met de SWAB wordt de richtlijn "Community acquired pneumonia" gepubliceerd. De richtlijn "perioperatieve zorg bij de pulmonaal belaste patiënt" heeft vanuit de NVALT nog geen formele status gekregen, hangende de terugkoppeling van onze vragen. Voor 2012 blijft de financiering van nieuwe richtlijnen nog ongewis, aangezien er binnen de DOT-financiering geen ruimte gecreëerd is voor de huidige kwaliteitsgelden; daarnaast is het ook onduidelijk of de kwaliteitsvisitaties hieruit nog bekostigd kunnen worden. Begin 2012 zal de SKMS (Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten) met VWS en Zorgverzekeraars Nederland hierover in overleg treden.

Stichting NVALT-studies. De Stichting NVALT-studies heeft in 2011 haar werkzaamheden voortgezet. In 2011 vonden vergaderingen plaats met het Bestuur van de NVALT als toezichthouder. De stichting neemt inmiddels een belangrijke plaats in als facilitator van aan longkanker gerelateerd onderzoek. De stichting beschikt over een eigen datacenter, waarbij de vraag opgeworpen werd in hoeverre dit datacenter mogelijk ook het data-beheer voor andere werkgroepen van de NVALT zou kunnen faciliteren. Vooralsnog lijken de mogelijkheden hiertoe echter beperkt.

Secties, commissies en werkgroepen:

De *Commissie Beroepsbelangen* heeft zich, ook in 2011, voor een belangrijk deel van haar tijd bezig gehouden met het project "DBC's op weg naar Transparantie(DOT)". Zoals al eerder werd vermeld speelt hierin de projectgroep

DBC een belangrijke rol. Daarnaast kende ook 2011 weer het fenomeen van (forse) generieke kortingen. Voor 2012 zal een plafond voor medisch specialistische zorg gaan gelden. Een en ander houdt in dat op ziekenhuis niveau vrijgevestigde medisch specialisten zich moeten gaan verenigen in grotere samenwerkingsverbanden. De CBB zal samen met de Orde van Medisch specialisten (OMS) de leden hierin adviseren.

De *Werkgroep Ademhalingsstoornissen tijdens Slaap* organiseerde dit jaar het wetenschappelijk deel van de najaars-ledenvergadering. Daarnaast heeft zij het initiatief genomen tot het opzetten van een accreditatie-traject voor klinieken voor Respiratoire Slaapgeneeskunde.

De buitenwereld (en meer speciaal de Apneuvereniging) dringt in toenemende mate aan op transparantie, aangezien zij een belangrijke praktijkvariatie percipiëren. Andere wetenschappelijke verenigingen kennen op dit moment nog geen traject van accreditatie voor slaapgeneeskunde en dit heeft de WAS doen besluiten dit traject vanuit de Longeneeskunde te ontwikkelen. Het bestuur onderkent de overwegingen van de WAS, maar tekent ook aan dat dit een belangrijke koerswijziging voor de NVALT inhoudt. Dit accreditatie-traject zal in 2012 een verdere fine-tuning gaan kennen; tevens zullen er proefvisitaties gehouden worden. Daarna zal in overleg met Bestuur en de leden besloten worden omtrent de definitieve vorm. Duidelijk is wel dat het accreditatie-traject in een parallel traject tijdens de reguliere kwaliteitsvisitaties moet kunnen plaatsvinden. Ook in 2011 werd vanuit de WAS uitgebreide inbreng verzorgd in de Nederlandstalige cursus op het gebied van slaapgebonden ademhalingsstoornissen in Antwerpen.

De *Werkgroep Longfunctie* organiseerde voor de zesde maal de cursus "Ergometrie voor de Longarts". Daarnaast blijken er zich ook toenemend andere beroepsgroepen aan te melden voor deelname. Gezien het beperkt aantal cursusplaatsen zal bezien moeten worden hoe wij hier mee om moeten gaan. Dit zal meegenomen worden in het businessplan van de Sectie School voor Longziekten.

Contacten met andere Wetenschappelijke Verenigingen: leden van het Bestuur van de NVALT zijn aanwezig bij de vergaderingen van de Raad Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit (WOK) en het Platform Kwaliteit (waaronder ook het SKMS valt). Daarnaast is de NVALT ook vertegenwoordigd in het Synergie-traject van de Orde. Mevrouw de Baaij participeert in het Directeuren Overleg van de Orde. In toenemende mate wordt duidelijk dat wij alleen door bundeling van kennis en kracht de veelheid aan taken, die

op een Wetenschappelijk Vereniging afkomen, nog kunnen hanteren. De Orde zou hierin een belangrijke bijdrage kunnen leveren, waarbij dan wel een herschikking van taken en verantwoordelijkheden tussen Orde en Wetenschappelijke Verenigingen noodzakelijk zou zijn.

Dit wordt verkend in het "synergie-project".

Daarnaast is er door de Orde een project opgestart, genaamd "Medisch Specialist 2015", waarin de toekomstige rol van de medisch specialist beschreven zal worden. Het Bestuur zal ervoor zorgen dat de uitkomsten van deze verkenningen op een juiste wijze ingebed zullen worden in de strategische meerjarenbeleidsplannen van de NVALT.

Het Bestuur was daarnaast aanwezig bij het project "doelmatig voorschrijven" alsmede bij de presentatie van het "Extramuraal voorschrijfgedrag" vanuit Vektis. Verder werd afstemming met de Orde en KNMG gezocht ten aanzien van een adviesverzoek vanuit VWS omtrent voorschrijven van longmedicatie door longverpleegkundigen.

Overheid: ook dit jaar vonden er twee bijeenkomsten plaats met de met de *Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)*. Een van de onderwerpen betrof de evaluatie van de prestatie-indicator voor de Community Acquired Pneumonia. Er blijkt een duidelijke variatie binnen de ziekenhuizen te bestaan in de snelheid waarmee antibiotica bij een bewezen CAP toegediend worden. Op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten wordt, gezamenlijk met de NIV (Nederlandse Internisten Vereniging), geadviseerd deze indicator alleen nog te hanteren bij die patiënten, die voor een ernstige CAP opgenomen dienen te worden op de ICU. Deze indicator-wijziging is ook afgestemd met de *Werkgroep Infectieziekten* van de NVALT. Deze aanpassing zal in de uitvraag van 2012 toegepast worden. Daarnaast zal de Inspectie toetsen op de aanwezigheid van een multidisciplinair overleg bij longoncologie. In de toekomst zal de IGZ extra aandacht besteden aan procedurebewaking bij risicovolle medische behandelingen.

Ook dit jaar zijn er vanuit de NVALT weer diverse adviezen afgegeven aan het CVZ; in het verslagjaar 2011 ging het met name om de vergoeding van roflumilast bij COPD. Ondanks het feit dat bepaalde landen inmiddels een vergoeding voor roflumilast kennen, volhardt het CVZ in de opstelling dat er op dit moment te weinig aanwijzingen bestaan voor wetenschappelijk bewezen effectiviteit.

Daarnaast zal omalizumab herbeoordeeld moeten worden t.a.v. haar vergoedingenstatus. Dit blijkt allerm minst vanzelfsprekend te zijn. Door het bestuur is in 2011 hierover meermalen met het CVZ overleg over geweest: in 2012 zal hier uitgebreid op terug gekomen worden.

Het Project Zichtbare Zorg Ziekenhuizen zal in 2012 beëindigd worden. Er zal bekeken worden of een doorstart vanuit de kwaliteitskoepel van de OMS haalbaar is. Het is wel duidelijk dat het in de praktijk erg moeilijk is om patiëntpreferenties, medische evidentie en wensen van zorgverzekeraars in één dataset onder te brengen. Daarbij speelt ook een rol dat deze indicatoren het liefst te genereren moeten zijn vanuit het ziekenhuisinformatie-systeem.

KNMG: de NVALT heeft, ondermeer door instelling van de werkgroep "Palliatieve zorg bij COPD", gehoor gegeven aan het verzoek van de KNMG om het palliatief beleid bij patiënten hoger op de agenda te plaatsen. Ook krijgt hierdoor de KNMG-richtlijn palliatieve sedatie een duidelijke status binnen de vereniging. Daarnaast vond juridisch overleg met de KNMG plaats omtrent een advies-verzoek vanuit VWS over het voorschrijven van medicatie door longverpleegkundigen.

Longalliantie Nederland: De samenwerking met het bestuur van de LAN en NVALT blijkt steeds meer vruchten af te werpen. Samen met de LAN is er gewerkt aan een document over inhalatie-medicatie. Dit om een tegenwicht te bieden aan het door zorgverzekeraars ingezette beleid van preferente inhalatie-medicatie. De grotere zorgverzekeraars hebben zich bereid verklaard dit LAN-document te volgen. Collega Dekhuijzen heeft in dit dossier een grote rol voor de NVALT vervuld.

Tevens stond in 2011 het dossier "Medicinale zuurstof" nog steeds op de agenda. Door de vele spelers die er bij dit dossier betrokken zijn blijken meerdere inspraakrondes nodig te zijn om tot een voor iedereen acceptabel document te komen. De verwachting is dat medio 2012 een finale versie aan VWS aangeboden kan worden.

In 2011 werd het implementatie traject van de zorgstandaard COPD verder vorm gegeven. Tevens werd in dat jaar door alle leden van de LAN de bijbehorende kwaliteitsindicatorenset geaccordeerd. In navolging van de zorgstandaard COPD zal er als volgend traject gekozen worden voor een optimalisatie van de richtlijnen omtrent diagnostiek en behandeling van Astma. Namens de NVALT zal hierin collega Roldaan het voortouw nemen.

Door het Bestuur van de LAN is het Nationaal Actieplan Longziekten uitgewerkt; voor dit actieplan is voldoende politiek draagvlak verkregen met als doel het verminderen van de ziektelast en verbetering van de kwaliteit van leven van patiënten met chronische longziekten. De LAN zal dit actieplan verder bij al haar leden onder de aandacht brengen. De ontwikkelingen in de afgelopen periode laten zien dat de LAN steeds herkenbaarder wordt voor zowel overheid als andere groeperingen op het gebied van beleid rondom de

Longziekten. De samenwerking op bestuurlijk vlak tussen NVALT en LAN verloopt zeer naar tevredenheid.

Opleiding: in opvolging van het advies van de Projectgroep Opleiding o.l.v. collega van den Elshout, wordt de verdeling van de opleidingsplaatsen in 2011 afgestemd binnen het concilium en de opleiders, vertegenwoordigd binnen de opleidersvergadering. Daarna wordt dit (leidend) advies aangeboden het Bestuur van de NVALT, die het advies ter kennis brengt van het BOLS. Ondanks het feit dat de afstemming binnen de vereniging hierdoor verbeterd is, blijken de belangen van de OOR's soms te prevaleren boven die van de individuele wetenschappelijke verenigingen. Deze huidige manier van werken toont aan dat de invloed van wetenschappelijke verenigingen op de verdeling van opleidingsplaatsen steeds verder uitgehouden wordt. In 2011 blijkt overigens het aantal (toegekende) opleidingsplaatsen voor Longziekten gedaald te zijn. Zoals recent ook weer duidelijk geworden is, zal het ministerie in 2012 daarnaast veranderingen in opleidingsduur, evenals eigen bijdrage van AIOS aan de orde stellen.

Het *Concilium* heeft in 2011 intensief overlegd over zaken als de opleidingseisen, het nieuwe opleidingsplan, de implementatie van het Opleidingsplan, de common trunk interne geneeskunde, het bijhouden en gebruiken van het inmiddels verplichte portfolio, de Projectgroep Opleiding en andere zaken die de opleiding aangaan. Er vond eenmaal een vergadering plaats met alle opleiders waarbij de verdeling voor de opleidingsplaatsen voor longziekten en tuberculose voor 2012 werd afgesproken. Verder kwamen in deze vergadering de implementatie van het nieuwe opleidingsplan, de voortgangstoets voor de AIOS van HERMES, de kosten voor het cursorisch onderwijs, en het elektronisch portfolio aan de orde. Er werden in 2011 vijf opleidingsklinieken gevisiteerd.

Commissie Bronkhorst colloquium: Het Bronkhorst Colloquium mocht zich ook dit jaar weer in ruime aandacht verheugen en had als onderwerp "Update van relevante technieken in de longziekten". Zoals bekend worden er in november in Nederland en februari in België parallel sessies gehouden; desondanks zal er ook in de toekomst kritisch naar de capaciteit gekeken dienen te worden.

De Longartsenweek (inmiddels de achtste editie) werd gehouden in april 2011 in congrescentrum 'Papendal' en had als onderwerp "Infectieziekten en Tuberculose". De Longartsen werkweek vormt samen met het Bronkhorst Colloquium twee belangrijke pijlers van het post-graduaat onderwijs, dat door de NVALT binnen Nederland georganiseerd wordt.

Secretariaat. Het secretariaat vormt de hoeksteen van onze vereniging; de medewerkers van het secretariaat ondersteunen het bestuur, commissies en werkgroepen. Daarnaast wordt door het secretariaat de financiële boekhouding, beheer van de website en het onderhoud van GAIA verzorgd. Mw. de Baaij stuurt als chef-de-bureau het secretariaat aan, ondersteunt het Bestuur en neemt namens de NVALT deel aan het Directeurenoverleg van de Wetenschappelijke Verenigingen binnen de Orde van Medisch Specialisten. Het bestuur spreekt wederom haar dank uit voor de inzet die de medewerkers van het bureau het afgelopen jaar geleverd hebben, waarbij de inzet soms rondom de klok aanwezig is!

Website. de vernieuwde website, met onder andere links naar I-pulmonologist en EBM, is sedert eind 2010 in de lucht. De Sectie assistenten heeft hierop haar eigen site. Daarnaast wordt in de vorm van nieuwsflitsen ingespeeld op actuele ontwikkelingen. Helaas heeft het Bestuur moeten besluiten de bibliotheek-sectie te beëindigen, omdat er onvoldoende sponsoring beschikbaar was bij steeds verder stijgende abonnementsprijzen. Wij zijn er echter van overtuigd dat er inmiddels voldoende alternatieven voorhanden zijn.

De Pulmoscript is eind 2011 volledig vernieuwd met een eigentijdse look en nieuwe rubrieken. Tevens zijn tot de redactieraad toegetreden Yvonne Heijdra, Sander de Hosson en Kris Mooren. De redactieraad is hiermee op volle sterkte en hoopt met nieuw elan verder te kunnen werken aan een steeds weer verrassende uitgave van de Pulmoscript.

Financiën. De kascommissie voor 2010 werd gevormd door collega's N.K. Eliazer en A.J. Polman. Zij hebben de jaarrekening 2010 na controle akkoord bevonden.

sBLA. Er vonden geen bestuurswisselingen plaats.

Nederlandse Longstichting (NLS): De NLS heeft in 2011 geen nieuwe activiteiten ontplooid, gezien de ontwikkelingen binnen het Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband (NRS) en de komst van de Long Alliantie Nederland (LAN)

Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband (NRS): Op 22 maart 2009 is het NRS opgericht. De NRS kent een kerngroep (de hoogleraren Prof.Dr. Mw. D. S. Postma, Prof. Dr. P.J. Sterk, Prof. Dr. E.F.M. Wouters en Prof. Dr. P. Hiemstra) die zich bezig houden met de strategische koers. De NRS kent een voortvarende start, waarbij er twee maal per jaar een symposium georganiseerd wordt voor jonge onderzoekers. De samenwerking van de NRS met werkgroepen vanuit de NVALT is echter nog niet vormgegeven, wat overigens wel een streven van beide partijen is. Inmiddels heeft er in april

2012 een zeer geslaagd gezamenlijk congres plaatsgevonden met NRS, NVALT, LAN, CAHAG en Astmafonds. Ook in 2011 werd de NRS financieel ondersteund door de NVALT.

Gezien de ontwikkelingen binnen de NRS heeft de Raad voor de Wetenschap in 2011 geen belangrijke activiteiten ondernomen. Gezien het succes van de NRS zal de positie van de Raad nader bezien moeten worden.

Forum ERS. De NVALT wordt vanuit het bestuur vertegenwoordigd door Dr. H.J. Pennings. De FERS vergadert twee maal per jaar. Gespreksonderwerpen waren het afgelopen jaar ondermeer de presentatie van de uitkomsten van de ERS COPD-audit en de presentatie van de ERS Respiratory Roadmap. Collega Smeenk was namens het NVALT bestuur aanwezig bij de presentatie van de Respiratory Roadmap in Brussel. Middels de Respiratory Roadmap schetst het voorzitterschap van de ERS de prioriteiten voor preventie, klinische zorg, onderzoek en onderwijs voor de volgende decade. Daarnaast is de ERS momenteel bezig om een nieuwe versie van het "Lung White Book" te produceren; data-acquisitie met name vanuit recent toegetreden leden verloopt echter moeizaam, zodat de nieuwe versie pas in 2013 te verwachten is.

Momenteel wordt er vanuit HERMES gewerkt aan nieuwe curricula en examens op het gebied van slaapgeneeskunde en oncologie. Nederland blijkt binnen Hermes het op een na grootste land te zijn wat betreft het aantal deelnemers.

Daarnaast was de aanwezigheid van het jaarlijks ERS-congres in Amsterdam een duidelijk hoogtepunt: onze collegae Bel en Sterk waren betrokken bij de lokale organisatie. Ondanks de organisatie van dit congres in Nederland, heeft de nationale wetenschappelijke vereniging maar weinig mogelijkheden voor een extra inbreng in dit internationale congres.

Voor de Nederlandse ERS leden treedt collega Sterk op als national delegate: in deze hoedanigheid heeft het bestuur eenmaal per jaar met hem overleg. Zoals al eerder aangegeven, kan hierdoor optimaal gebruik gemaakt worden van de onze inbreng binnen de ERS.

Tevens is de NVALT in overleg getreden met de commissie E-learning van de ERS. Ook op dit vlak zal samenwerking wellicht meer mogelijkheden voor beide partijen opleveren. Daarnaast kunnen ERS-leden uiteraard ook gebruik maken van de uitgebreide mogelijkheden tot E-learning op de ERS-site.

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

Het afgelopen jaar heeft HERMES voor de tweede maal

tijdens de ERS meeting het Europees examen afgenomen. Het succesvol afronden van het HERMES-examen geeft Europese erkenning als longarts, maar kan nog niet in alle landen als vervanging van de nationale registratie als longarts dienen.

Overleden: De Heren Jo Gellissen, Jules van den Bosch en Frits Wagenaar.

Concilium (CLT) Jaarverslag 2011

Samenstelling:

Dr. J.S. van der Zee voorzitter
Dr. J.B. Wempe secretaris

E.G.M. Cobben-Beld

Dr. E.H.J. van Haren

Dr. H.G.M. Heijerman

Prof. Dr. P.N.R. Dekhuijzen

Dr. J.H. van Loenhout-Rooijackers

Prof. dr. E.F. Smit

G.G. Epping

M.J. van Harskamp

K.J.M. Mooren

N.M. Thönissen

In 2011 heeft het Concilium eenmaal plenair vergaderd.

Daarnaast werd er zowel telefonisch als via de e-mail intensief overlegd over zaken als de opleidingseisen, het nieuwe opleidingsplan, de implementatie van het Opleidingsplan, de common trunk interne geneeskunde, het bijhouden en gebruiken van het inmiddels verplichte portfolio, de Projectgroep Opleiding en andere zaken die de opleiding aangaan. Er vond eenmaal een vergadering plaats met alle opleiders waarbij de verdeling voor de opleidingsplaatsen voor longziekten en tuberculose voor 2012 werd afgesproken. Verder kwamen in deze vergadering de implementatie van het nieuwe opleidingsplan, de voortgangstoets voor de aios van HERMES, de kosten voor het cursorisch onderwijs, en het elektronisch portfolio aan de orde.

In 2011 werden de volgende opleidingsklinieken gevisiteerd:

- Atrium Medisch Centrum te Heerlen op 14 januari
- NKI-AVL te Amsterdam op 4 maart
- Diaconessenhuis te Utrecht op 18 maart
- Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden op 9 september
- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen op 16 september

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

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

Dr. J.B. Wempe, secretaris

Commissie accreditatie (CAC) Jaarverslag 2011

Samenstelling:

W. de Lange voorzitter

J.L. van der Lichte secretaris

J.W.K. van den Berg lid

Gedurende het verslagjaar werd door de commissie één maal telefonisch vergaderd. Enkele onderwerpen die ter sprake kwamen zijn o.a. Standaardisatie buitenland nascholing en nieuwe ingangsdatum pilot e-learning: 1 januari 2012.

In 2011 werden in de periode januari tot en met december in totaal 189 aanvragen door de commissie in behandeling genomen en beoordeeld.

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

2011	Positieve beoordeling	Afgewezen
Accreditatieaanvragen	186	3

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

Sedert eind 2007 is het mogelijk om bij een herregistratieaanvraag een kopie van de in het persoonlijk dossier geregistreerde accreditatiepunten geautomatiseerd aan te bieden aan de Registratiecommissie. De longarts is zelf verantwoordelijk voor het controleren van bijschrijving van accreditatiepunten in het persoonlijk dossier. Inmiddels heeft ruim 81% van de geregistreerde longartsen zijn of haar persoonlijk dossier geactiveerd.

De voordelen van GAIA

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

Vanaf 1 januari 2011 is het Accreditatie Bureau Medisch Specialisten (ABMS) omgevormd tot het Accreditatie Bureau Algemene Nascholing (ABAN).

De algemene nascholing betreft de niet-medisch inhoudelijke nascholing.

Het ABAN is het centrale loket voor het aanvragen van accreditatie van algemene nascholing voor alle erkende specialismen:

Alle geaccrediteerde cursussen staan ook vermeld in de congresagenda van PulmoScript en op de website van de NVALT.

Voor details ten aanzien van het GAIA-systeem kan worden verwezen naar eerdere publicaties hierover in PulmoScript, de website van de NVALT (www.nvalt.nl/accreditatie) en de GAIA-website (www.knmg.nl/accreditatie).

J.L. van der Lichte
Secretaris Commissie Accreditatie

Commissie Beroepsbelangen (CBB). Jaarverslag 2011

Samenstelling:

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

In 2010 werd enkele malen telefonisch vergaderd en met name via e-mail overlegd.

In het verslagjaar stonden met name de voorbereidingen voor de overgang van het DBC- naar het DOT-systeem per 1 januari 2011 centraal. Vele werkzaamheden werden hiervoor door de leden van de DBC-werkgroep verricht. Vanuit de CBB werd hierin met name door de voorzitter geparticipeerd. In januari 2012 werd een drukbezochte voorlichtingsbijeenkomst gehouden, waarin uitleg over de systematiek werd gegeven.

De oprichting van de financiële collectieven in alle ziekenhuizen heeft ongetwijfeld op lokaal niveau veel energie gekost. Behoudens een enkele consultatie heeft de CBB hierin niet verder geparticipeerd.

De vergoeding van bepaalde medicamenten wordt steeds lastiger. In het verslagjaar werd de vergoeding voor Roflumilast (Daxas) door CVZ niet gehonoreerd. Ondanks inspanningen van o.a. de LAN en de NVALT kon geen toestemming verkregen worden. Met zorg worden deze ontwikkelingen vanuit de CBB gevolgd. De LAN zal in de toekomst steeds vaker het platform

zijn om deze problemen, daar waar nodig, aan te kaarten. Gezien de vele dwarsverbanden tussen de werkzaamheden van de CBB en de DBC (inmiddels DOT-) werkgroep zal in het komende jaar overleg plaatsvinden om de werkzaamheden tussen deze beide gremia zoveel mogelijk te bundelen.

Commissie Bronkhorst Colloquium (CBC) Jaarverslag 2011

Samenstelling per 31-12-2011

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

Afgelopen jaar was het onderwerp van de Bronkhorst Colloquia: "Update van relevante technieken in de longziekten". De cursus was in enkele weken volgeboekt en bleek erg succesvol, na afloop werd dit met een fraaie 7,8 beoordeeld. Er bestaat een duidelijke wens om meer mensen toe te laten, dit stuit echter op het bezwaar dat dan het aantal workshops dan toe zal moeten nemen, wat wij een te grote belasting vinden van onze workshopleiders. Alternatief is de groepen groter te laten worden, dat hebben we vorig jaar al gedaan, tot het huidige maximum. Verdere uitbreiding is bij de huidige voorzieningen slecht mogelijk en gaat ten koste van het kleinschalige karakter.

Volgend jaar zal het onderwerp Intensive Care zijn, met een brede insteek, van pathofysiologie van beademing tot ethische problemen bij end of life. Dit belooft een zeer leerzame en praktische cursus te worden. De na 8 jaar vertrekkende leden Harry Groen, Jan van Noord en Wim van Veldhuizen zijn opgevolgd door Anton Vonk Noordegraaf, Gregor Mannes en Gerben Bootsma.

Commissie Cursorisch Onderwijs (CCO) Jaarverslag 2011

Samenstelling 2011:

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

Cursussen

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

Algemene opmerkingen

Iedere nieuwe assistent-geneeskundige in opleiding tot longarts krijgt na aanmelding bij de NVALT een brief waarin het programma en de regels voor het cursorisch onderwijs vermeld staan. Om de nieuwe assistenten in opleiding zo goed en zo snel mogelijk in het cursorisch onderwijs te laten instromen krijgen ze door het secretariaat NVALT plaatsen voor de cursussen toegewezen.

Organisatie van het cursorisch onderwijs

Om iedere AIOS in de gelegenheid te stellen de cursussen bij te wonen, is het aantal cursisten opgehoogd tot 50 per cursus. Voorlopig zal iedere cursus eenmaal per jaar gegeven worden. Er loopt een discussie over welk onderwijs landelijk, regionaal danwel lokaal gegeven dient te worden.

Toetsing vindt plaats in het kader van het jaarlijkse HERMES-examen; dit sluit echter niet geheel aan op inhoud van de gegeven cursussen.

Per cursusdag zal van iedere AIOS een eigen bijdrage van 150 euro gevraagd worden.

Samenstelling van de CCO

R.E. Jonkers volgt E. Smit op als voorzitter. B. Knipscheer wordt als AIOS-lid opgevolgd door M. Smits.

De commissie dankt de sprekers en het secretariaat van de NVALT voor de goede organisatie en ondersteuning.

(JvdA)

Concilium (CLT) Jaarverslag 2011

dr. J.B. Wempe, secretaris

Samenstelling:

Dr. J.S. van der Zee voorzitter

Dr. J.B. Wempe secretaris

E.G.M. Cobben-Beld

Dr. E.H.J. van Haren

Dr. H.G.M. Heijerman

Prof. Dr. P.N.R. Dekhuijzen

Dr. J.H. van Loenhout-Rooijackers

Prof. dr. E.F. Smit

G.G. Epping

M.J. van Harskamp

K.J.M. Mooren

N.M. Thönissen

In 2011 heeft het Concilium eenmaal plenair vergaderd. Daarnaast werd er zowel telefonisch als via de e-mail intensief overlegd over zaken als de opleidingseisen, het nieuwe opleidingsplan, de implementatie van het Opleidingsplan, de common trunk interne geneeskunde, het bijhouden en gebruiken van het inmiddels verplichte portfolio, de Projectgroep Opleiding en andere zaken die de opleiding aangaan. Er vond eenmaal een vergadering plaats met alle opleiders waarbij de verdeling voor de opleidingsplaatsen voor longziekten en tuberculose voor 2012 werd afgesproken. Verder kwamen in deze vergadering de implementatie van het nieuwe opleidingsplan, de voortgangstoets voor de aios van HERMES, de kosten voor het cursorisch onderwijs, en het elektronisch portfolio aan de orde.

In 2011 werden de volgende opleidingsklinieken geïnspecteerd:

- Atrium Medisch Centrum te Heerlen op 14 januari
- NKI-AVL te Amsterdam op 4 maart
- Diakonessenhuis te Utrecht op 18 maart
- Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden op 9 september
- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen op 16 september

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

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

Commissie Richtlijnen (CRL) Jaarverslag 2011

De commissie richtlijnen bestond in 2011 uit de volgende leden:

Folkert Brijker voorzitter

Kees van Felius secretaris (tot 1 april 2011)

Cecile Magis-Escurra

Rik van Klink

Bernt van den Blink

Wessel Hanselaar

Jeroen Hiltermann

Maarten Tip

In 2011 is de commissie eenmaal bijeengekomen en zijn er 4 telefonische vergaderingen geweest.

De CRL heeft in 2011 de heroriëntatie op haar taken doorgezet en is bezig deze onderwerpen uit te diepen en de komende jaren vorm te geven in nieuw beleid. In praktische zin is er gewerkt aan de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen en het zo efficiënt mogelijk steun geven aan werkgroepen bij de ontwikkeling van deze nieuwe richtlijnen. Verder is de CRL bezig geweest met de update van de bestaande richtlijnen. Het streven is de richtlijnen actueel te houden door er voor te zorgen dat er na vijf jaar een update/herbeoordeling van de richtlijn plaatsvindt. Voorzitters van eerder ontwikkelde richtlijnen zullen hiervoor benaderd worden.

De CRL krijgt jaarlijks veel autorisatie verzoeken van andere beroepsverenigingen en heeft hiervoor de volgende criteria opgesteld:

Indien men buiten NVALT verband wordt benaderd voor deelname aan de ontwikkeling van een richtlijn, verzoekt de Commissie Richtlijnen Longziekten (CRL) dit in een zo vroeg mogelijk stadium aan de CRL te laten weten (voorzitter dr. Folkert Brijker, fbrijker@diakhuis.nl).

Participatie van longartsen in de ontwikkeling van richtlijnen die ons vak raken is essentieel en wordt graag door de CRL ondersteund (bv met advies/ deelname aan cursus richtlijnontwikkeling). Na afronden van de richtlijn wordt deze meestal aangeboden aan de NVALT voor autorisatie/ ondersteuning: we overleggen graag in een vroeg stadium op welke wijze er gewaarborgd kan worden dat de richtlijn brede steun krijgt binnen de NVALT ten tijde van dit autorisatieverzoek".

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

De richtlijn Mesotheliomen is in de ledenvergadering van 7 oktober 2011 geaccordeerd.

De richtlijn NSCLC is geautoriseerd. De volgende richtlijnen zijn in ontwikkeling: interstitiële longziekten, ernstig astma, non-invasieve beademing en hemoptoë.

Commissie Tuberculose (CTB) Jaarverslag 2011

De commissie bestond 1-1-2011 uit de volgende leden:

Voorzitter: P.D.L.P.M. van der Valk

Secretaris: N.A.H. van Hest

Leden: R. van Altena

M. Bakker

M.J. Boeree

E.A.M. Mensen (vertegenwoordiger VvAwT)

WC.M. de Lange

J.H. van Loenhout-Rooyackers

C. Magis- Escurra

R.P. van Steenwijk.

P.J.H.J. van Gerven (vertegenwoordiger KNCV)

S. Simons (vertegenwoordiger arts assistenten)

De commissie belegde in 2011 twee vergaderingen. Veel aandacht werd besteed aan de Herziene richtlijn "Tuberculose en TNF- α blokkerende therapie", aangezien de huidige richtlijn uit 2003 stamt en sterk verouderd is (onder andere geen aandacht voor de interferon gamma release assay – IGRA-). Door enkele commissieleden werd tussen januari 2011 en mei 2011 een nieuwe richtlijn geschreven welke op 20 mei 2011 door de gehele Commissie Tuberculose werd geaccordeerd. Op 24 juni 2011 werd deze herziene richtlijn ook door de Commissie Praktische Tuberculosebestrijding geaccepteerd. Vervolgens werd de richtlijn ter goedkeuring aangeboden aan de Commissie Richtlijnen van de NVALT en de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie maar hierop werd in 2011 geen reactie meer ontvangen. Het publiceren en accorderen van deze richtlijn door andere beroepsverenigingen die TNF- α blokkerende therapie voorschrijven zal ook in 2012 hoog op de agenda van de Commissie Tuberculose blijven bestaan.

In 2011 werd tevens de aanzet gegeven tot herziening van een andere richtlijn, namelijk de revisie van de NVALT richtlijn "Medicamenteuze behandeling tuberculose", welke in 2005 werd gepubliceerd. Omdat het CBO niet meer bestaat en mogelijke financiële problemen bij een volledige herziening is het streven in ieder geval de richtlijn waar nodig is te actualiseren, en dit als een geactualiseerd "addendum" te publiceren.

Verder werd in 2011 begonnen aan het schrijven van de richtlijn "Non-tuberculeuze mycobacteriën", waaraan door enkele commissieleden wordt deelgenomen.

Besproken werd verder de noodzaak van farmacokinetisch onderzoek (therapeutic drug monitoring) buiten de tuberculosebehandelcentra bij patiënten waarbij moxifloxacin wordt gebruikt in de behandeling, vaak als "escape" medicatie, in combinatie met rifampicine. Dergelijk onderzoek wordt soms wel verricht in tuberculosebehandelcentrum Beatrixoord en patiënten worden soms met een verhoogde dosering van 600 mg moxifloxacin ontslagen. Voorlopig wordt door de Commissie Tuberculose niet onmiddellijk de noodzaak ingezien om bij iedere patiënt een MIC voor moxifloxacin aan te vragen bij het RIVM, ook omdat de consequentie van dergelijk onderzoek onduidelijk is omdat de stap van farmacokinetiek naar farmacodynamiek niet bekend is. In 2012 zal er meer consensus moeten komen over gebruik van moxifloxacin en therapeutic drug monitoring.

Op verzoek van het KNCV Tuberculosefonds werd een update van het profielschets van het consulentenschap klinische tuberculose besproken.

Tenslotte werd de scholing voor longartsen en arts-assistenten besproken aan de hand van het NVALT visiedocument 2010 en het voortgangsdokument voor de aanpassing van de structuur van onderwijs binnen en buiten de NVALT en de rol van de sectie School voor Longziekten hierbij. Gestreefd wordt naar sponsorvrije nascholing, toetsing (voor aios geaccepteerd maar voor specialisten delicaat), accreditatie en nieuwe onderwijsvormen zoals e-learning, met voldoende kwaliteitsborging en variatie, ook op het gebied van tuberculose

Presentaties:

Op 10 en 11 november 2011 werd door enkele commissieleden (Paul van der Valk, Marleen Bakker, Martin Boeree en Rob van Hest), in samenwerking met andere sprekers van Erasmus MC, GGD Rotterdam-Rijnmond en het KNCV Tuberculosefonds, de tweedaagse cursus "Masterclass Tuberculose" gehouden, gericht op de longarts- tuberculose-coördinatoren in de ziekenhuizen (waarover in 2010 en 2011 in de commissie regelmatig werd gesproken)

Dr. N.A.H. (Rob) van Hest
Secretaris NVALT Commissie Tuberculose.

Commissie Visitatie Longgeneeskunde (CVL)

Jaarverslag 2011

G.J. Jukema	voorzitter
Dr. F. Krouwels	secretaris
Dr. M.M.H. Hochstenbag	
A.M. Janssens	
Dr. R. Koppers	

Dr. K.W. van Kralingen
Th. Macken
Dr. R.J. Meijer
S.J.M. Mol
G.D. Nossent
H. Otten
K.T.M. Oud

De CVL hanteert sinds 2006 voor haar kwaliteitsvisitatie het vernieuwde visitatiemodel (CBO 2005) waar alle vakgroepen longgeneeskunde in Nederland nu kennis mee hebben gemaakt. De Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie ingesteld door de Raad WOK heeft dit nieuwe visitatiemodel recent geëvalueerd en in haar rapport een aantal adviezen uitgebracht. Een van de adviezen is om het rapport toe te zenden aan de Raad van Bestuur en het Bestuur van de Medische Staf. Dit advies is in de jaarvergadering van 23 april 2010 overgenomen en inmiddels ingevoerd door de commissie. Een ander advies is om in de rapportage ten aanzien van de aanbevelingen over te gaan op een gestandaardiseerde wijze van oordeelsvorming op basis van voorwaarden, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen met daaraan gekoppelde rapportage termijnen. Dit advies versterkte binnen de CVL de behoefte om te komen tot een systematischer, objectievere en transparantere oordeelsvorming. Daarom wordt er nu een normeringstelsel en een set van minimale eisen geformuleerd waaraan de kwaliteit van de longgeneeskundige zorg dient te voldoen.

De verwachting is dat dit in het komende jaar aan de NVALT zal worden gepresenteerd.

In opleidingsklinieken werden de kwaliteitsvisitatie en opleidingsvisitatie tot voor kort op één dag uitgevoerd. Dit ging vaak bij beide groepen ten koste van de tijd en aandacht die er voor een goede visitatie nodig is, daarom is besloten dat deze twee zaken vanaf 2012 apart uitgevoerd zullen worden. Uitgangspunt daarbij is dat de kwaliteitsvisitatie niet vroeger of later dan 1 jaar na de opleidingsvisitatie uitgevoerd zal worden.

De CVL heeft ook in haar visitaties van 2011 weer mogen constateren dat door de longartsen geleverde longgeneeskundige zorg goed tot zeer goed is te noemen en men alom voluit bezig is de kwaliteit te verbeteren. We constateren ook dat de snel veranderende zorgwereld steeds nieuwe en zwaardere eisen aan ons stelt en dat het sommigen moeite kost om dat bij te benen. De CVL probeert bij haar visitaties dan ook niet alleen zwakke plekken aan te wijzen, maar ook adviezen te geven. Dit leidt er toe dat wij vaker dan voorheen vragen om een schriftelijke terugrapportage of her-visitatie. Gelukkig blijken de collega's dan vaak een inhaalslag te maken en van een achterloper koploper te worden.

Tenslotte willen we alle te visiteren klinieken er nogmaals op wijzen alle stukken volgens de instructies ruim op tijd te verzorgen en aan te leveren. Deze essentiële voorbereidingen vragen veel tijd en moeite en helaas gebeurt het nog te vaak dat visitatiecommissie ter elfder geconfronteerd wordt met onvolledige stukken of een insufficiënte agenda. Gezien het grote aantal visitaties en her-visitaties die wij per jaar moeten doen is onze agenda al ruim een jaar van te voren gevuld, waardoor het niet mogelijk is een visitatie te verplaatsen. Kortom, wij moeten streng en consequent zijn. Van belang voor u is dat het ondergaan van een geslaagde visitatie verplicht is voor uw herregistratie. Ook dat is een belangrijke reden om u in te zetten voor adequaat verloop.

Vereniging van Artsen werkzaam in de

Tuberculosebestrijding (VvAwT)

Sectie van de NVALT Jaarverslag 2011

Samenstelling bestuur per 31-12-2011:

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

Ledenaantal

Gedurende het verslagjaar bedroeg het ledenaantal van de VvAwT 43 leden.

Bestuursvergaderingen

In 2011 vergaderde het bestuur 2 maal plenair waarbij moet worden aangetekend dat mede vanwege de moeilijkheden om iedereen gelijktijdig bij elkaar te krijgen steeds vaker per email werd overlegd. Onderwerpen die aan bod kwamen waren het Nationaal plan Tuberculose 2011-2015, de KAMG waar 2 bestuursleden een kennismakingsgesprek met de nieuwe voorzitter hebben gevoerd en een verkennend gesprek met het bestuur van de VIZ-sib (Vereniging Infectieziekten - sectie Infectieziektenbestrijding). Er zal in 2012 een begin worden gemaakt met samenwerking op het gebied van bijscholing.

Algemene ledenvergaderingen

In 2011 werd geen algemene ledenvergadering gehouden. Dit heeft er wel toe geleid dat het bestuur voor 2011 en later strenger wil vasthouden aan de vereisten rond de vereniging.

Nascholingsdagen 2011

Deze werden gehouden op 14 en 15 januari 2011 in het conferentiecentrum Kaap Doorn in Doorn. De onderwerpen waren: MDR/XDR-tuberculose, farmacotherapie, IGRA en zoals gebruikelijk werd op de zaterdagochtend weer casuïstiek besproken.

Plenaire visitatiecommissie

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

Vertegenwoordigingen

De VvAwT had in 2011 vertegenwoordigers in:

- Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC): mw. M. Alink
- KAMG: Dhr. E.M. Huisman (bestuurslid). Dhr. S van Kuijk en Mw. S Toumanian waren plaatsvervangend lid.
- NVALT bestuur: mw. J. van Loenhout
- NVALT commissie Tuberculose: Dhr. N.A.H. van Hest, mw. E.A.M. Mensen, mw. J.H. van Loenhout.
- Adviesgroep vrijstelling profiel TBC: Mw. M.H. Kamphorst-Roemer.
- Adviesgroep vrijstelling sociaal geneeskundige basis: Mw. M.H. Kamphorst-Roemer
- De vereniging VvAwT is lid van de vereniging KNCV Tuberculosefonds.

KAMG

De VvAwT maakt als vereniging deel uit van de KAMG. Een bestuurslid van de VvAwT heeft zitting in het bestuur van de KAMG.

Zaken die in 2011 binnen de koepel speelden waren wederom de toekomst van de KAMG en de aansluiting bij de KNMG in 2011. De VvAwT is zo officieel lid geworden van de KNMG.

De Commissies

Nascholingscommissie

De Commissie nascholing bestond in 2011 uit dhr. R.van Altena (voorzitter), dhr. P.J.H.J. van Gerven (adviseur KNCV), Mw. M. Heus (adviseur KNCV), Mw. M.A.A. Visser-Wullems, Mw. R.I.N. van Nispen en Mw. M. Mensen. De Commissie kwam bijeen om de jaarlijkse nascholingsdagen te organiseren met logistieke ondersteuning van mw. J. Huisman (Van Berkel Consultancy).

Opleidingscommissie

De commissie bestond in 2011 uit dhr. G. de Vries, Mw. J ten Brink, Mw. J. van Loenhout en Mw. N. Stadhouders.

Accreditatiecommissie

Dhr. N.A.H. van Hest verzorgt samen met dhr. M. Verhagen namens de vereniging de accreditatie voor het Absg (Accreditatie Bureau Sociale Geneeskunde). Het Absg is een samenwerkingsorgaan van de NVAB, NVVG en KAMG. Er is een beweging richting 1 accreditatieorgaan voor alle specialismen, inclusief Orde en huisartsen.

Commissie toekenning Reisstipendia

In 2011 bestond de commissie uit de penningmeester dhr. M. Berkel, de voorzitter van de opleidingscommissie en een vertegenwoordiger vanuit de KNCV. Er is in 2011 geen reisstipendium toegekend.

Kascommissie

In 2011 bestaande uit dhr. B. Koster en Dhr. P. van Gerven.

E.M. Huisman, secretaris

Sectie Assistenten (ASS) Jaarverslag 2011

Samenstelling bestuur 2011

B.J. Knipscheer	Voorzitter
S.O. Simons	Secretaris
M.J. Tip	Penningmeester
G.G. Epping	
M.J. van Harskamp	
K. Mooren	
M. Smits	
N.M. Thönissen	
M.J. Tip	

Collega de Hosson heeft in 2011 de sectie verlaten. De sectie dankt hem voor zijn inzet gedurende de afgelopen jaren. Zijn plaats is ingenomen door collega Smits.

De sectie assistenten is het afgelopen jaar zesmaal bijeen gekomen. Er zijn het afgelopen jaar een aantal veranderingen opgetreden met betrekking tot de opleiding longziekten.

De sectie heeft vanaf 2011 gevisiteerd volgens het nieuwe opleidingsplan. Dit blijkt reeds in veel ziekenhuizen goed geïmplementeerd te zijn. Daarnaast is het afgelopen jaar voor het eerst het HERMES examen afgenomen onder alle aios longziekten.

Er zijn een aantal veranderingen geweest met betrekking tot het landelijk onderwijs. De inschrijfprocedure voor het cursorisch onderwijs is veranderd en er wordt vanaf het afgelopen jaar een vergoeding gevraagd van 150 euro. Binnen de SvL denken we momenteel mee over de modernisering van het onderwijs.

Tevens heeft de sectie een aantal sociale activiteiten georganiseerd die enthousiast zijn bezocht. De

jaarlijkse assistentendag werd in 2011 georganiseerd in Scheveningen. Het thema van het wetenschappelijk programma was "interpretatie van het fietsergometrisch onderzoek". Ontspanning werd verkregen door een heus volleybaltoernooi. De sectie bedankt de betrokken organisatoren en sprekers voor hun inzet. Ook is er een borrel georganiseerd na het HERMES examen, welke goed werd bezocht door de verschillende aios uit de verschillende regio's. Tenslotte informeert de sectie sinds 2011 de aios longziekten middels een nieuwsbrief die geregeld wordt rondgezonden naar alle aios longziekten. De sectie zal zich het komend jaar inspannen om de kwaliteit de opleiding te blijven waarborgen.

S. O. Simons,
Secretaris sectie assistenten

Werkgroep allergie en beroepsastma (WAB)**Jaarverslag 2011**

B.E.A. Hol	Voorzitter
P.Th.W. van Hal	Secretaris

De werkgroep allergie en beroepsastma (WAB) is in het jaar 2011 eenmaal bijeengekomen en wel op maandag 19 december. Op die bijeenkomst werd uitgebreid stilgestaan bij de klinische toepassingen en de logistieke inpassing van omalizumab in het licht van de invoering van "DOT". Bij de introductie van "DOT" per 1 januari 2012 zullen de ziekenhuisbudgetten anders besteed gaan worden en zullen de ziekenhuizen ongetwijfeld proberen bezuinigingen door te voeren. Daarbij is een belangrijke vraag hoe zal worden omgegaan met medicatie zoals omalizumab.

Op de bijeenkomst waren 3 sprekers. Mevrouw T. Sluyter (medisch adviseur/bioloog) startte en ging in op de "experience" studie waarbij ook is gekeken naar doelmatigheid en kosten/baten van het gebruik van omalizumab. In deze internationale studie zijn 876 astmapatiënten geïncludeerd die 2 jaar werden vervolgd. Vanuit Nederland werden 143 patiënten ingesloten vanuit 24 centra. Dr E. Dubois (longarts) bediscussieerde de mogelijke financiële gevolgen voor een ziekenhuis als dat het gebruik van omalizumab als één van haar kerntaken zou maken. Hij benadrukte dat in de toekomst alle zogenoemde "kostbare geneesmiddelen" in het ziekenhuisbudget zullen gaan vallen. De derde spreker, dhr P. van den Broek (BS Health), lichtte toe hoe de introductie van "DOT" geplaatst moest worden binnen de financieringsplannen voor de gezondheidszorg in Nederland. Hij startte met een uitleg over de geldstromen binnen de Nederlandse gezondheidszorg waarbij jaarlijks 38

miljard euro wordt "rondgepompt" met ongeveer 1 miljard (!!)winst. De kosten binnen de gezondheidszorg zullen grofweg in 3 groepen worden verdeeld:

1. vaste tarieven binnen het A-segment
2. kosten voor diagnoses in het B segment die onderhandelbaar zijn
3. overige kosten volgens een vast tarief (zoals bv kosten voor de traumahelikopter)

Er wordt naar gestreefd om 70% van de kosten in het B segment te laten komen; dat houdt onderhandelen en concurrentie in. Daarnaast zullen de huidige 30.000 DBC's worden teruggebracht tot ongeveer 4000 DOT's. Er zal de komende jaren een transitie-model worden doorgevoerd waarbij per 1 januari 2015 eigenlijk alle specialisten praktisch in loondienst zullen zijn: hierbij zullen de honoraria van de vrijgevestigde specialisten integraal onderdeel zijn van de vrije prijzen. Als voorbeeld in de DOT werd de astma-boom besproken. Met de tijdens deze bijeenkomst opgedane medische en financiële kennis kon tenslotte worden gediscussieerd, onder andere over de uitspraak dat gezondheidszorg "politiek en emotie is" (en geen ratio ...).

Op eerdere bijeenkomsten was al aan de orde geweest of de naam WAB niet beter kon worden gewijzigd in WAA (werkgroep allergie en astma). Dit is door tijdsdruk in 2011 niet meer besproken. Een dergelijk besluit zal breed gedragen moeten worden en werd verplaatst naar de besprekingen in 2012. Er zal moeten worden geëvalueerd of er steun is binnen de NVALT voor een zuil "WAB en respiratoire allergie". Tevens zal op een bijeenkomst in 2012 een terugkoppeling aan de orde komen van het dagsymposium "longaandoeningen op het werk: patiënt tussen wal en schip"?

Werkgroep Ademhalingsstoornissen (WAS)

Jaarverslag 2011

Voorzitter: Reindert van Steenwijk
Secretaris: Michiel Eijsvogel

Wetenschappelijk deel 2011

Diverse prestaties in de vorm van reviews of eigen onderzoek werden in 2011 tijdens de voor- en najaarsvergadering gepresenteerd. Een korte opsomming met samenvatting is onderstaand weergegeven.

Central Sleep Apnea Syndrome in Heart failure T. Douglas Bradley, Toronto

Dankzij de NRS vergadering waarbij deze topper uit Canada

was uitgenodigd volgde een presentatie op onze WAS vergadering! Dank Peter Wijkstra en Klaas van Kralingen. Bradley gaf inzicht in de mechanismen bij CSAS en ging in op de therapie, m.n. CPAP therapie. Verhoogde chemosensitiviteit, verlengde circulatietijd en verhoogde wedgepressure zijn pathofysiologisch kenmerkend voor Cheyne-Stokes ademhaling (CSR). Arousal geïnduceerde hyperventilatie is meestal de prikkel tot start van de CSR. Volgens Bradley is er geen plaats voor O₂, theofylline, acetazolamide en BilevelPAP in CSR/CSAS. Alleen voor CPAP is het wetenschappelijk bewijs geleverd ten aanzien van klachten, cardiale performance en overleving. Tenminste indien patiënten met CPAP hun AHI reduceren tot <15. Dit lukt in deze groep patiënten volgens de CANPAP in een POST-hoc analyse van Artz in 60%. Het advies is om CPAP met lage druk (6 cmH₂O) te starten en geleidelijk te verhogen. Thans ontbreken data om ASV-PAP gebruik te implementeren. Bradley is een grote multi-centre studie met ASV-PAP gestart.

Dutch Position paper CSAS, therapy algorithm Dirk Pevernagie, Heeze

In december 2008 heeft een groepje collegae (longartsen, neurologen en een cardioloog) presentaties voorbereid en met elkaar bediscussieerd over allerlei aspecten van CSAS met het doel enige samenhang in diagnostiek en behandeling in Nederland voor te stellen. Dit heeft uitgemondd onder redactie van de AI de Weerd en Klaas van Kralingen in deze "Positionpaper CSAS". Een positionpaper is een statement en heeft niet de allure en de status van een richtlijn, maar geeft de stand van zaken over een onderwerp in consensus weer. Deze Positionpaper is inmiddels via de NVSAP gepubliceerd en verspreid. Dirk Pevernagie licht het hoofdstuk therapie toe. Het is een step-up model van acetazolamide/O₂/CPAP tot ASV-PAP

RAPAP study. CPAP vs Restricted-AutoCPAP therapy in OSAS. L. Rohling, Enschede

RCT CPAP vs beperkte APAP bij 33 matig tot ernstige OSAS patiënten (d.w.z. 33 in elke groep) waarbij na manuele nachtelijke PSG-CPAP titratie de CPAP vaste druk en APAP \pm 2cm rond deze druk werd ingesteld. Na 6 weken in elke groep volgde QOL, ESS, PG-AHI, PAP-AHI en compliance data en patiënten voorkeur. In lijn met de literatuur kon ook met deze nog niet toegepaste vorm van APAP in niet-geselecteerde OSAS patiënten geen verschil tussen CPAP en APAP worden aangetoond.

Online Database Slaapstoornissen. Ontwerp, structuur en eerste resultaten.

H. Hassing, Venlo Ingegaan werd op waar een data-base slaapstoornissen aan zou kunnen voldoen.

OSAS-screening bij Philips werknemers. Sample study. M. Eijsvogel, Enschede

Bij 176 Philipswerknemers werd een screenings strategie gevalideerd (volledige PSG-thuis), bestaande uit een gecombineerde vragenlijst en flow-meting (bij intermediair resultaat vragenlijst) waarbij een klinische definitie van OSAS (CBO richtlijn, AASM 1999) werd gehanteerd. Met logistische regressie kon de individuele kans op OSAS wordt berekend en middels verschuiven van de met vragenlijst bepaalde afkappunten (lage en hoge OSAS kans) was het mogelijk verschillende screeningstrategieën te testen; en verschillen in sensitiviteit en specificiteit te beoordelen met impact op (ook financiële) uitvoerbaarheid van toekomstige screening bij 10.000 Philips-medewerkers in Nederland. Bij een veronderstelde prevalentie van 9% en keuze van een "high-specificity" strategie werd een sensitiviteit van 55% en een specificiteit van 89% gevonden, resulterend in verhoging van de prevalentie tot 40% (is aanbod aan slaapkliniek).

Obesitashypoventilatiesyndroom. J. van den Aardweg, Alkmaar

Met als leidraad het gewicht en het functioneren van William Howard Taft (president van VS van 1909-1913) werd dieper ingegaan op het obesitashypoventilatiesyndroom. Obesitas geeft o.a. een enorme toename van de ademaarbeid. De statische longvolumes laten vooral een kleiner ERV zien. De mechanismen van respiratoire insufficiëntie werden besproken.

Centraal Slaap Apneu Syndroom. Review. K. van Kralingen, Dirksland

Uitgebreid werd ingegaan op de diverse pathofysiologische mechanismen die leiden tot CSAS. Centraal staat de hyperventilatie geïnduceerde lichte hypocapnie tijdens de slaap leidend tot respiratoire events (apneus) door het overschrijden van de apneudrempel. Toegelicht werd de behandeling met acetazolamide, O₂, CPAP en adapted servo ventilation mede aan de hand van de Nederlandse position paper CSAS.

Huishoudelijk deel 2011

Accreditatie / Visitatie OSAS

In het kader van kwaliteit en het behouden van onze positie als longarts met deskundigheid in slaap binnen het multidisciplinaire veld van slaapgeneeskunde en de toenemende eisen van de zorgverzekeraars is een proeve van deskundigheid voor de individuele longartspraktijk boven de bestaande kwaliteitsvisitatie onvermijdelijk. Dit standpunt wordt in grote meerderheid door de WAS-leden gedragen. De grote slaapcentra zijn met accreditatie vanuit de neurologische hoek inmiddels gestart. Een werkgroep

accreditatie bestaande uit Klaas van Kralingen, Henk Hassing en Dirk Pevernagie werd geformeerd. Regelmatig werden de resultaten ook de WAS-leden terug gerapporteerd. Inmiddels zijn de 1^e proefvisitaties een feit. Deze zijn nog incompleet (niet met MDO-team) verricht. Maar naar aanleiding van de extensieve datalijst en daardoor verzamelde data werd inzicht gekregen in het zelf-functioneren en leemten. De gevisiteerden waren unaniem positief. Toetsing stoelt op 3 elementen: data verzamelen, visitatie on-site, en beoordeling. In de oktober najaarsvergadering kwam accreditatie voor de NVALT-leden ter stemming. Een ruime meerderheid was voor, maar een definitief besluit werd door het bestuur uitgesteld vanwege een aantal belangrijke onduidelijkheden. Kunnen de vele toetsingscriteria niet tot de essentie en dus compacter worden teruggebracht en is koppeling met de kwaliteitsvisitatie niet efficiënter? Is koppeling met een aan te bieden database wel nodig? De werkgroep accreditatie heeft bovenstaande vragen inmiddels opgepakt en is tevens uitgebreid met de volgende leden: Thomas Macken, Manu Sastry en de voorzitter en secretaris van de WAS.

Ziektekostenverzekeraars

Prestatie-indicatoren van Zichtbare Zorg, slaapindicatoren ZVN, indicatoren van individuele ZKV (zoals Menzis), DBC en nu de DOT-boom, vergoedingen van MRA en de komende afwenteling van de CPAP-proefperiodekosten op de DOT-slaap hielden ons allemaal in 2011 goed wakker en vulden het huishoudelijk deel van de WAS-vergaderingen met het grootste gemak!

Werkgroep Cystic Fibrosis (WCF) Jaarverslag 2011

E. van de Graaf	Voorzitter
I. Bronsveld	Vice voorzitter
M. Reijers	Secretaris

In 2011 beleefde de werkgroep Cystic Fibrosis haar oprichtingsvergadering.

De werkgroep Cystic Fibrosis wil een platform vormen voor longartsen (NVALT lid) met interesse c.q. zorg voor Cystic Fibrosis waarin uitwisseling van informatie kan plaatsvinden ten aanzien van inhoud, beleid, research en financiën op het gebied van Cystic Fibrosis zorg. Op deze manier kan op objectieve wijze opinieontwikkeling ten aanzien van ontwikkelingen in de CF zorg plaatsvinden.

Een belangrijk onderwerp van discussie was en is de financieringssysteem waarin de CF centra zich gaan bewegen. In het komend jaar zal de werkgroep behalve aan dit onderwerp ook aandacht besteden aan de

toenemende omvang van zorg aan 'volwassen' CF patiënten en de specifieke problematiek die zich hierbij voordoet, zoals bijvoorbeeld einde levensproblematiek en 'geriatrische' CF zorg.

Werkgroep COPD (WCOPD) Jaarverslag 2011

Voorzitter: dr. R.J.H. Koppers
Secretaris: H.J.A.M. Otten

Zoals gebruikelijk werd een voorjaars- en een najaarsvergadering belegd, die onveranderd door ca 20 longartsen werden bezocht. Belangrijke thema's dit jaar waren de Zorgstandaard COPD en de Landelijke Studie COPD.

Een werkgroep heeft zich het afgelopen jaar ingezet om te komen tot een implementatietraject van de Zorgstandaard COPD. Daartoe is onder andere een enquête onder de longartsen in Nederland gehouden naar de huidige praktijkvoering in de 2e lijn. De werkgroep zal in samenwerking met het Bestuur NVALT in 2012 een invitational organiseren. Een initiatiefgroep onder leiding van Huib Kerstjens heeft het idee uitgewerkt een COPD studie op te zetten die in Nederlandse longartsenpraktijken uitgevoerd gaat worden, in navolging van de succesvolle NVALT-oncologiestudies.

Op verzoek van het bestuur NVALT zijn leden afgevaardigd naar landelijke projecten zoals de Longzorgmeter van het NAF, de LAN ziekteelastmeter en kwaliteitsindicatoren Zorgstandaard COPD. Leden van de WCOPD hebben zich bereid verklaard namens de NVALT/WCOPD zitting te nemen in de adviesraad CAHAG, Stichting Zorg binnen Bereik en LAN-adviescommissie Individuele Preventie & Zorg. Door in de vergaderingen informatie uit te wisselen over deze activiteiten blijven de leden op de hoogte en kunnen de afgevaardigden hun inbreng in deze gremia toetsen. Naar aanleiding van een presentatie van Bianka Mennema is een enquête is gehouden onder de leden naar het gebruik van ICT-ondersteuning bij zelfmanagement COPD-zorg. Besloten is de WCOPD als platform te gebruiken om ervaringen uit te wisselen. De WCOPD heeft ingestemd met het voorstel van het Bestuur NVALT deel te nemen aan de ERS Audit COPD.

De concept Richtlijn Palliatieve Zorg COPD is besproken in de vergadering en van kanttekeningen voorzien. De vergadering heeft gepleit voor een vorm van samenwerking te bewerkstelligen om een wildgroei van werkgroepen op alle deelgebieden COPD te voorkomen (niet voor niets is de werkgroep longrevalidatie opgegaan in de WCOPD).

Werkgroep Endoscopie (WES) Jaarverslag 2011

Peter Kunst Voorzitter
Erik van der Heijden Secretaris

De werkgroep vergadert tweemaal per jaar, in voorjaar en najaar.

De werkgroep heeft een aantal taakgroepen samengesteld gericht op het structureren en inbedden van kwaliteitscriteria voor thoracoscopie en endo-echografie. Voor de endo-echografie is een document opgesteld dat is aangeboden aan het bestuur van de NVALT en concilium, commissie cursorisch onderwijs en WON. Dit document lijkt goed aan te sluiten met de plannen voor differentiatie binnen aandachtsgebieden zoals het bestuur NVALT voorstelt. Voor de thoracoscopie wordt in de loop van 2012 een document verwacht. Voorts is een werkgroep aangesteld die zich tot taak gesteld heeft om het onderdeel sedatie van de richtlijn bronchoscopie te herzien. Collega Kunst heeft aangegeven zijn voorzitterschap te beëindigen. De werkgroep zal een procedure opstellen aangaande de procedures aangaande verkiezing en benoeming van bestuursfuncties WES.

Onderzoek

Tijdens de vergaderingen wordt uitgebreid stilgestaan bij onderzoek. Lopende studies zijn de NVALT 14 studie (PI Michel van den Heuvel) en enkele studies over bronchoscopische longvolumereductie (PI Slebos). Een studie naar behandeling primaire spontane pneumothorax behandeling is nog in een voorbereidende fase. De internationale PROTECT trial (PI Daniels, follow up curatief geopereerd longkanker bij COPD dmv AF bronchoscopie) werd goedgekeurd door de ethische commissie maar wordt nog gehinderd door financieringsproblematiek t.b.v. datamanagement. De GRANULOMA trial (PI Annema, diagnostiek sarcoidose) is inmiddels afgerond en publicaties wordt voorbereid.

Onderwijs

Vershillende cursussen zijn succesvol gegeven in 2011. Onderwerpen waren bronchoscopie (Sutedja), thoracoscopie (Kunst) endo-echografie en transthoracale echografie (Annema). De WES blijft streven naar afstemming en stroomlijning van de verschillende initiatieven tot scholing en wil zich graag gaan inzetten om binnen de opleiding een structureel en herkenbaar curriculum interventielongziekten voor de AIOS op te stellen.

Werkgroep Infectieziekten (WIZ) Jaarverslag 2011

Tjip van der Werf Voorzitter
Menno van der Eerden Secretaris

Sinds 2007 heeft er geen vergadering meer plaatsgevonden van de Werkgroep Infectieziekten. Het bestuur van de NVALT heeft Tjip van der Werf als voorzitter en Menno van der Eerden als secretaris gevraagd nieuw leven in deze werkgroep te blazen.

In 2011 is er twee keer vergaderd.

Tijdens de eerste vergadering heeft er een kennismaking plaatsgevonden en is geïnventariseerd wie er nog lid is van deze werkgroep. Er is vernomen dat er in de afgelopen jaren gewerkt is aan herziening van de richtlijn CAP, waarbij een samenwerking is aangegaan met de SWAB.

Helaas is de procedure van de totstandkoming volledig onduidelijk geweest en waren de leden ook niet op de hoogte gesteld. Tijdens de eerste vergadering is ook een jaarplan opgesteld:

1. 2 x per jaar vergaderen - voorjaar, najaar
2. Maximaal 2 x extra vergaderen, telefonisch/skype - ad hoc, bijvoorbeeld n.a.v. epidemieën
3. Scope: Community-Acquired, Nosocomially Acquired Pneumonieën; bronchiëctasieën.
4. Richtlijnen: CAP, bronchiëctasieën (BE), recidiverende LWI
5. Eenmaal per twee jaar met TB commissie vergaderen;
6. Communicatie met het NVALT bestuur: notulen zullen gedeeld worden, daarnaast zal informeel via ad hoc telefonisch of email overleg met NVALT bestuur worden, m.n. ad hoc n.a.v. epidemieën
7. Jaarverslagen zullen worden aangeboden aan PulmoScript;
8. Trials - die kunnen heel goed in het kader van WIZ opgezet worden; de NVALT oncologie studies worden meermalen als goed voorbeeld aangegeven.

In de 2^e vergadering is uitgebreid ingegaan op de conceptrichtlijn CAP. Ondanks het feit dat het een solide richtlijn is geworden, zijn er ook een aantal onduidelijke en zelfs zwakke passages in opgenomen. Kritiekpunten zijn opgesteld en doorgestuurd naar het hoofdbestuur van de NVALT. Tot op heden is er nog geen reactie vernomen vanuit het hoofdbestuur en is de richtlijn inmiddels definitief gemaakt.

Het enthousiasme van de aanwezige leden was steeds groot, maar de opkomst zou nog beter kunnen. Een volgende vergadering werd begin 2012 gepland, tevens werd via de NVALT website een oproep gedaan om NVALT leden uit te nodigen om mee te doen in de WIZ.

Menno van der Eerden
Tjip van der Werf,
Namens de Werkgroep Infectieziekten NVALT

Werkgroep Longfunctie (WLF) Jaarverslag 2011

dr. J.G. van den Aardweg voorzitter
dr.ir. F.H.C. de Jongh secretaris

De werkgroep longfunctie is in 2011 twee maal bijeen geweest in Utrecht. De bijeenkomsten zijn standaard op de eerste woensdag van maart en van oktober, van 15.00-18.00 uur. Elke vergadering omvat drie componenten: 1) presentatie van wetenschappelijk onderzoek op longfysiologisch gebied 2) bespreking van beleidsmatige en algemene vragen ten aanzien van het longfunctielaboratorium en 3) bespreking van klinisch-fysiologische problematiek. De werkgroep beoogt een forum te zijn op deze drie gebieden. Ieder NVALT-lid kan een longfunctie-analist, onderzoeker of andere geïnteresseerde mee nemen naar de bijeenkomst. De bijeenkomsten van onze werkgroep worden ook bijgewoond door (bestuurs) leden van de NVLA en sBLA.

Omdat 5 maart voor veel mensen niet kon werd de bijeenkomst bij uitzondering verplaatst naar 20 april. Als eerste spreker gaf Joost van den Aardweg een presentatie: "Ergometrie: interpretatie op basis van de tijd". In plaats van de standaard 9 panels van Wasserman heeft Joost een andere volgorde van de panels gemaakt die bij interpretatie van een fietsergometrie sequentieel kan worden doorlopen van panel 1 linksboven naar panel 9 rechtsonder en waar alle grootheden als functie van de tijd zijn geplot. Er zijn panels bijgekomen zoals die over inspiratie- en expiratie-tijden tijdens de inspanning en de saturatie en andere panels zijn vervallen. Aangezien de jaarlijkse fietsergometrie-cursus die deze werkgroep verzorgt ook voortaan via dit logische model loopt werd deze gelegenheid gebruikt om alle leden van de werkgroep op de hoogte te stellen van deze nieuwe indeling en de voordelen daarvan.

Jean Driessen (Heerenveen, Westfries gasthuis) gaf een voordracht getiteld "Inspannings-astma in de kou". Er is een relatief grote groep die niet alleen expiratoire flow-obstructie ontwikkeld, maar ook inspiratoire obstructie, een probleem dat tot nu toe nauwelijks over het voetlicht kwam omdat men zich altijd alleen maar toedeed op FEV₁ metingen. Bestudering van volledige flow-volume curves en tevens geforceerde oscillatietechniek metingen gaven inzicht dat er meer dan de hand was en dat dit niet valt toe te schrijven aan vocal cord dysfunction.

Tenslotte legde Frans de Jongh (MST Enschede) een brainstorm-vraag neer over waar de werkgroep longfunctie van de NVALT over 5-10 jaar zou willen staan. Dit naar aanleiding van een vergadering met het bestuur van de NVALT die deze vraag graag beantwoord wilde zien. Punten die daarbij ook

aan bod kwamen waren: wat zijn onze sterke punten en zwakke punten, welke enquêtevragen zouden we kunnen opstellen die door de NVALT aan alle leden gevraagd zouden kunnen worden en hoe staan we ten opzichte van de accreditatie van de NVLA.

Tijdens de bijeenkomst op 5 oktober hield Anke Lahaije (Radboud UMC Nijmegen) een voordracht "Diagnostic accuracy of metronome-paced tachypnea to detect dynamic hyperinflation". Dynamische hyperinflatie kan bij veel COPD-patiënten worden opgewekt door in rust snel te ademen met behulp van een metronoom. Het optreden van dynamische hyperinflatie tijdens deze makkelijk uitvoerbare test bleek dynamische hyperinflatie tijdens inspanning goed te kunnen voorspellen bij 53 COPD-patiënten en 20 controle-proefpersonen (sensitiviteit 87%, specificiteit 77%). Dit biedt mogelijkheden om bijvoorbeeld de effecten van therapie op dynamische hyperinflatie te onderzoeken zonder verstoring door andere verschijnselen die tijdens ergometrie kunnen optreden.

Eline Oppersma (Universiteit van Twente) vertelde over "Pulmonary diffusion: searching for a new standard". De opname van NO tijdens de single-breath test is (in tegenstelling tot CO) vooral afhankelijk van diffusie over de alveolo-capillaire membraan. Onderzocht werd onder andere of de combinatie van NO-diffusie en CO-diffusie een betere voorspelling geeft van hypoxie tijdens inspanning dan CO-diffusie alleen. Dit bleek het geval in een lineair regressiemodel waarin het alveolo-arteriële O₂ verschil tijdens inspanning werd voorspeld.

Martijn Miedema (afdeling neonatologie, Academisch Medisch Centrum Amsterdam) hield een voordracht getiteld "Electrical impedance tomography: use in preterm infants on high-frequency oscillatory ventilation". Dit gaat over een nieuwe ontwikkeling waarbij Elektrische Impedantie Tomografie (EIT) wordt gebruikt, een noninvasieve methode waarmee de elektrische impedantie van de thorax wordt bepaald door wisselende elektrische signalen aan te bieden via electrodes op de borstwand. Dit levert informatie op over locale inflatie van de long, en over de ventilatie-perfusieverdeling, in de loop van de tijd. Deze informatie werd gebruikt om bijvoorbeeld de beademing bij te sturen, zodat een optimale druk-volumerelatie werd verkregen. Ook kon het effect van de toediening van surfactant aan kinderen met Respiratory Distress Syndrome worden onderzocht.

Tot slot werden afspraken gemaakt over het opzetten van een visitatiesysteem voor longfunctielaboratoria, eventueel gekoppeld aan de kwaliteitsvisiting van de NVALT.

De cursus "Ergometrie voor de longarts" is een vast jaarlijks onderdeel en in 2011 werd de cursus op 26 en 27 mei gehouden. Het sterk interactieve karakter maakt de cursus uitermate

geschikt om je (bij) te scholen op het gebied van interpretatie van fietsergometrieën. Ook dit jaar was de cursus, georganiseerd door A. Boonstra. De combinatie van een korte theoretische inleiding gevolgd door uitgebreide beoordeling van ergometrisch onderzoek in werkgroepen door de deelnemers zelf bleek wederom zeer goed aan te slaan en wordt in 2012 herhaald.

Werkgroep Mesotheliomen (WMT) Jaarverslag 2011

Sjaak Burgers Voorzitter
Hugo Schouwink Secretaris
Noël Schlösser Penningmeester

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

Studies:

- De NVALT 5 studie (P. Baas, Amsterdam; p.baas@nki.nl) Na het sluiten van de inclusie per 31 december 2009 zijn verschillende analyses verricht. De toxiciteit is gepresenteerd op het internationale mesotheliomencongres in Kyoto. De overlevingsdata zijn op de ASCO 2011 gepresenteerd. Publicatie volgt.
- De internationale tweede lijns studie die randomiseert tussen behandeling met Vorinostat of placebo is gesloten (Baas, Amsterdam; p.baas@nki.nl). Nederland heeft de meeste patiënten kunnen includeren. Publicatie volgt.
- Voor mogelijkheden om patiënten aan de 'dendritische-cel-therapie' studie, een onderhoudsbehandeling na eerste lijns chemotherapie, kan contact opgenomen worden met Joost Hegmans, Rotterdam; j.hegmans@erasmusmc.nl of Joachim Aerts, Breda; jaerts@amphia.nl. Periodiek kunnen patiënten worden geïncludeerd.
- De gerandomiseerde studie naar het effect van debulking chirurgie na eerste lijns chemotherapie (van Klaveren, Rotterdam is gesloten vanwege te lage accrual.
- De 'Morab-009', een internationale fase II studie, waarbij aan de standaard eerste lijn chemotherapie behandeling met een antilichaam gericht tegen mesotheline wordt toegevoegd (o.a. Schouwink, Enschede; j.schouwink@ziekenhuis-mst.nl) zullen worden gepresenteerd op de ASCO 2012 en later gepubliceerd.
- Geopend is
 - de 'axitinib'-studie, waarbij deze angiogeneseremmer wordt toegevoegd in een fase I-II opzet aan de standaard eerste lijn chemotherapie (Buikhuisen, Amsterdam; w.buikhuisen@nki.nl).

Richtlijn:

- De door de werkgroep opgestelde richtlijn Mesothelioom is op de najaarsvergadering van de NVALT geaccepteerd. Het gedeelte Pathologie is nog niet goedgekeurd door de Nederlandse vereniging voor Pathologie. Dit wordt verder uitgewerkt en goedkeuring wordt verwacht in 2012.

Instituut Asbestslachtoffers:

- Het systematic review naar de waarde van biomarkers bij het mesothelioom is gepresenteerd in Kyoto. Publicatie volgt.

Oratie:

- Paul Baas heeft bij zijn benoeming tot Hoogleraar in Thoracale Oncologie zijn oratie gehouden over roken en asbestexpositie en de gevolgen daarvan op 9 september 2011.

Wergroep Oncologie (WON) Jaarverslag 2011

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

In 2011 heeft de WON 2x vergaderd, namelijk dd 10.02.2011 en dd 15.09.2011.

Een vast onderdeel van de vergaderingen is het bespreken van de NVALT studies. De voortgang van de studies werden besproken en ook nieuwe studie ontwerpen kwamen aan bod tijdens de vergaderingen. Hieronder een opsomming van de status van de diverse NVALT studies

- NVALT 3 is gepubliceerd in Annals of Oncology 2011 (Ann Oncol. 2011 Jul;22(7):1520-7.)
- NVALT 4 is gepubliceerd in Journal of Clinical Oncology. (J Clin Oncol. 2011 Nov 10;29(32):4320-6)
- NVALT 5 artikel wordt thans geschreven. Het is reeds gepubliceerd als abstract in Journal of Clinical Oncology (Journal of Clinical Oncology, 2011, 29, 15 suppl, 7006) Geconcludeerd kan worden dat thalidomide geen meerwaarde heeft in de behandeling van het maligne mesothelioom.
- NVALT 6 is gepubliceerd in Anti Cancer Research (Anti-cancer Res. 2010 Oct;30(10):4237-43).
- NVALT 7 is gepubliceerd in Journal of Clinical Oncology (J Clin Oncol. 2009 Apr 20;27(12):2038-45).
- NVALT 8. Resectabele niet-kleincellige longcarcinomen worden gerandomiseerd tussen al of geen behandeling met nadroparine na behandeling met chemotherapie (waarvan de combinatie cytostatica afhankelijk is van de histologie van de tumor).
- NVALT 9. Een studie met een palliatief thema; pijn bestrijding van ossale metastasen met ibandronaat bij patiënten met gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom. Thans zijn er 20 patiënten geïncludeerd. De studie is in 2011 on-hold ivm een geplande interim analyse
- NVALT 10. Tweedelijns studie waarbij randomiseerd wordt tussen erlotinib versus erlotinib met pemetrexed bij patiënten met niet-kleincellig longcarcinoom. In tegenstelling tot eerdere studies wordt de TKI tussen de chemotherapie door gegeven.
- NVALT 11. Gerandomiseerde studie van PCI bij patiënten met stadium III niet- kleincellig longcarcinoom die behandeld worden met combined modality treatment
- NVALT 12. Gerandomiseerde studie van carboplatin/ paclitaxel/bevacicumab met al of niet een nitraat pleister.
- NVALT 14. Gerandomiseerde studie bij patiënten met maligne pleuravocht die enerzijds worden behandeld met drainage en talkage en anderzijds met een getunnelde verblijfsatheter.

In de februari vergadering wordt nog uitgebreid stil gestaan bij het onderwerp kwaliteit in de oncologie. Dit onderwerp is in toenemende mate in belangstelling van het publiek, IGZ en zorgverzekeraars. De resultaten van het onderzoek van de Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding (juli 2010) vormen daarbij een uitgangspunt. In de loop van 2011 heeft de SONCOS (samenwerking van medische oncologie, oncologische chirurgie en radiotherapie) het voortouw genomen om samen met de wetenschappelijke vereniging tot kwaliteitsnormen te komen. Ook in de vergadering in september wordt hierover verder gediscussieerd. De WON heeft een subwerkgroep in het leven geroepen om na te denken over de normeringen en te komen tot een normering die gedragen wordt door de leden van de NVALT. Dit proces zet zich verder voort in 2012.

In het kader van de jaarlijkse nascholing in longoncologie wordt gemeld dat de cursus Wengen op de Wadden in het vervolg op een andere wijze gesponsord zal worden in navolging van de regelgeving.. De cursus zal voorlopig onder de vlag van de Stichting NVALT verder gaan waarbij meerdere sponsors worden betrokken.

Werkgroep Pulmonale hypertensie (WPH)

Jaarverslag 2011

Voorzitter A. Boonstra
Secretaris R.J. Snijder

De multidisciplinaire Werkgroep Pulmonale Hypertensie wordt gevormd door longartsen, cardiologen, reumatologen, internisten, kindercardiologen en internist-immunologen. De werkgroep kwam in 2011 4x bijeen, telkens op de 3e woensdag van de oneven maand met uitzondering van juli en november. Er werd dit jaar veel aandacht besteed aan het opzetten van een database met landelijke toegankelijkheid, gekeken werd naar de cardiologische congenitale hartdefecten Concor database opzet. Deze landelijke database opzet lijkt zeer geslaagd en veel draagvlak te kennen bij de cardiologen. Het ICIN bracht via Arie van Dijk, cardioloog, een inventariserend idee ter tafel waar een aantal vergaderingen over gediscussieerd werd, voor- en nadelen werden uitvoerig belicht. Alternatieven werden bekeken, het bleek echter moeilijk om een consensus te bereiken welke database het meest geschikt was voor landelijk gebruik.

Naast beleidszaken zoals het naderende probleem van poliklinisch voorgeschreven dure geneesmiddelen die moeten worden opgenomen in het ziekenhuisbudget en vergoeding van dure PH geneesmiddelen bij opname in een verpleeghuis werd op elke vergadering veel tijd ingeruimd voor het bespreken van casuïstiek, waarbij uitgebreid gediscussieerd werd over de interpretatie van de diagnostiek en de behandeling. Naast casuïstiek werden de volgende voordrachten verzorgd:

1. Pulmonale hypertensie bij hartfalen en een verhoogde pulmonale vaatweerstand.
2. Clinical worsening after succesful pulmonary endarterectomy with long term follow-up.
3. Gewogen plaats op de longtransplantatie bij longaandoeningen met zeer slechte prognose op korte termijn zoals PH.
4. Patiënten met COPD GOLD 1 met lage diffusie capaciteit en pulmonale hypertensie

Het probleem van de lange wachttijd na aanmelding voor longtransplantatie voor patiënten met pulmonale hypertensie (en andere ernstige longziekten met slechte prognose op korte termijn) werd gedeeld met de Nederlandse longtransplantatie longartsen. Aangegeven werd door hen dat er gewerkt wordt aan een gewogen wachttijst, inmiddels is hierover input gevraagd van de WPH.

De vergaderingen zijn veelal zeer goed bezocht met deelnemersaantallen van meestal 7- 10 per vergadering.

R.J. Snijder
Secretaris Werkgroep Pulmonale Hypertensie

Werkgroep Palliatieve Zorg (WPZ) Jaarverslag 2011

Bert Baas Voorzitter
Kris Mooren Secretaris

De WPZ is twee jaar geleden opgericht en is daarmee de jongste NVALT-werkgroep. Sinds de oprichting was het de wens om een symposium te organiseren over palliatieve zorg bij COPD. Dit symposium heeft in mei jl. plaatsgevonden in de Koepelkerk in Amsterdam. Het was een programma met sprekers om trots op te zijn, met aandacht voor o.a. pathofysiologie van dyspneu, werking van opiaten op dyspneu, maar ook voor rouwverwerking, angst en depressie bij COPD, en advance care planning. De grote hoeveelheid enthousiaste deelnemers maakten de dag meer dan geslaagd. (Een videoverslag is te zien op iPulmonologist.nl.) Tijdens het symposium werd duidelijk dat we nog niet genoeg weten over medicamenteuze dyspneubestrijding; het initiëren van wetenschappelijk onderzoek hiernaar staat op onze agenda. Verder is dit jaar ons visiedocument Palliatieve zorg bij COPD beoordeeld door een adviesorgaan; het zal in de najaarsvergadering worden aangeboden ter accordering aan de NVALT. De patiëntenversie van de richtlijn Palliatieve zorg voor mensen met COPD is door ons mede beoordeeld. Tenslotte hopen we begin volgend jaar weer de palliatieve clinic in Liverpool te organiseren.

Stichting NVALT studies en Stichting beheer derde gelden

Jaarverslag 2011

De stichting "NVALT studies"

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

samenwerking nastreven van het doel van de overeenkomst leidt niet tot de gezagsverhouding tussen de stichting en de onderzoeker. De Stichting NVALT Studies kan ook overeenkomsten sluiten met bijvoorbeeld farmaceutische bedrijven voor sponsoring van onderzoek.

De stichting "Beheer Derdengelden NVALT-Studies".

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

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

Raad van Toezicht

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

Jaarverslag 2011

Het bestuur van de stichting NVALT studies en de Stichting beheer derde gelden bestond in 2011 uit prof. dr. H.J. M. Groen, voorzitter, dr. A.C. Dingemans, secretaris en dr. A.J.M. Schreurs, penningmeester.

In 2011 werd er 4x vergaderd, waarvan 3 x telefonisch (19-7-2011, 3-10-2011 en 21-12-2011), op 10-10-2011 was er een overleg met de Raad van Toezicht. Tijdens deze vergaderingen werd de financiële situatie van de studies en nieuwe contracten besproken.

Tevens werden aanpassingen gedaan mbt kwaliteitseisen aan studies. Elke nieuwe studie zal enkel bij de stichting NVALT studies ondergebracht worden als er een monitoringplan is. Daarnaast zal van elke onderzoeker een CV opgevraagd worden. Uit dit CV moet blijken dat de onderzoeker GCP training heeft gehad. Enkel dan kan er een contract afgesloten worden.

Tot op heden zijn de studies die zijn ondergebracht bij de stichting NVALT studies geïnitieerd vanuit de werkgroep oncologie van de NVALT. Het datamanagement voor deze studies wordt gedaan door het NVALT datacenter in het NKI/AVL (hoofd O. Dalesio, statisticus)

Stand van zaken NVALT studies

	Status	Sponsor	Inclusie 2011	Publicatie
NVALT 3	Gesloten	NVALT	voltooid	1
NVALT 4	Gesloten	NVALT	voltooid	1
NVALT 7	Gesloten	NVALT	Voltooid	2
NVALT 9	Gesloten	NVALT	Gesloten na interim analyse	
NVALT 10	Gesloten	NVALT	Voltooid	
NVALT 11	Open	NVALT		
NVALT 12	Open	NVALT		

Publicaties 2011:

Groen, JCO 2011³

Biesma, Ann Oncol 2011¹

Referenties

1. Biesma B, Wymenga AN, Vincent A, et al: Quality of life, geriatric assessment and survival in elderly patients with non-small-cell lung cancer treated with carboplatin-gemcitabine or carboplatin-paclitaxel: NVALT-3 a phase III study. *Ann Oncol* 22:1520-7, 2011
2. Smit EF, Burgers SA, Biesma B, et al: Randomized phase II and pharmacogenetic study of pemetrexed compared with pemetrexed plus carboplatin in pretreated patients with advanced non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 27:2038-45, 2009
3. Groen HJ, Sietsma H, Vincent A, et al: Randomized, placebo-controlled phase III study of docetaxel plus carboplatin with celecoxib and cyclooxygenase-2 expression as a biomarker for patients with advanced non-small-cell lung cancer: the NVALT-4 study. *J Clin Oncol* 29:4320-6, 2011



Bob Ruers

de asbestadvocaat van Nederland

Bob Ruers, ook wel bekend als de 'asbestadvocaat' is naast zijn werk als advocaat juridisch adviseur van het Comité Asbestslachtoffers en lid van de Eerste Kamer voor de SP. Op 15 maart jl. promoveerde Ruers aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. In zijn proefschrift 'Macht en tegenmacht in de Nederlandse asbestregulering' haalt hij fel uit naar de Nederlandse overheid door te stellen dat deze gefaald heeft bij het beschermen van de bevolking tegen de gevaren van asbest.

Hoe is uw werk voor asbestslachtoffers tot stand gekomen?

Ik ben al ruim 40 jaar lid van de SP. Vanuit die hoedanigheid kende ik Jan de Wit die eind jaren 80 voor drie asbestweduwen de eerste rechtszaak tegen Eternit in Goor aanspande. Toen er na 3 jaar een schikking werd getroffen was dit de eerste keer dat Eternit schadevergoeding betaalde. Dat proces heb ik vanaf de zijlijn gevolgd. In diezelfde periode kwam er een arrest van de Hoge Raad waarin de positie van het asbestslachtoffer aanzienlijk versterkt werd en het makkelijker werd om te procederen. Omdat er steeds meer asbestzaken via de SP binnen kwamen heb ik besloten om me hier actief voor in te zetten. De betrokkenheid van de SP heeft in 1995 geleid tot de oprichting van het Comité Asbestslachtoffers waar ik vanaf het begin juridisch adviseur voor ben. Inmiddels is dit een zelfstandige organisatie, los van partijpolitiek, waarbij hulp aan de slachtoffers voorop staat. Door als groep te opereren kun je vanzelfsprekend meer bereiken. Het eerste jaar kwamen er al meer dan 250 slachtoffers. Helaas bleek in een aantal gevallen de verjaringstermijn verstreken. Er werd besloten tot expertise van buitenaf, waaruit een samenwerking ontstond met wetenschappers, artsen, epidemiologen, veiligheidskundigen en technici. Met behulp van de hiermee vergaarde kennis werd het mogelijk

om te gaan procederen. Daarna ging het snel, met een stortvloed van zaken tot gevolg. Inmiddels heb ik heel veel kennis opgebouwd omdat ik veel zaken doe en veel procedeer. Deze expertise is ook de basis geweest voor het proefschrift. De wetenschap dat, als ik er niet meer ben, deze kennis verloren gaat dreef mij er toe om het, na enige aansporing van buiten, op te schrijven.

In uw proefschrift bent u ontzettend fel ten opzichte van de opstelling van de overheid.

Door mijn werk ben ik er achter gekomen dat de overheid heel laks is geweest met betrekking tot de regelgeving. Ze wist het, maar verbood niets. In de jaren 40 werden longkanker en mesothelioom al in verband gebracht met asbest. In 1951 werd de Silicosewet (kaderwet)

In de jaren 40 werden longkanker en mesothelioom al in verband gebracht met asbest.

uitgevaardigd waarin werd gesteld "dat wanneer de resultaten van onderzoeken het rechtvaardigen, terstond beperkende voorschriften kunnen worden uitgevaardigd". In de jaren daarna werd er veel onderzocht en gepubliceerd waar vervolgens niets mee werd gedaan. In 1969 kwam Dr.

Stumphius met een proefschrift waarin de relatie asbest-mesothelioom werd bevestigd. De overheid zei wederom nader onderzoek toe, maar weer werd daar niet naar gehandeld. Door de enorme lobby van de industrie zijn maatregelen vanuit de overheid lange tijd tegen gehouden waardoor het uiteindelijk tot 1993 heeft geduurd voor er een verbod kwam.

In Zweden is men veel eerder begonnen met maatregelen, als dat in Nederland ook was gebeurd had dit zeker 8000 slachtoffers gescheeld.

U heeft verschillende functies levert dit geen tegengestelde belangen op?

Mijn doel is om mensen te helpen. Ik zie het als mijn plicht om alle kennis die ik heb opgedaan als asbestspecialist in te zetten ten goede. Dat staat los van politiek of advocatuur. Bovendien denk ik dat je mensen beter kunt helpen door je zo breed mogelijk in te zetten en op deze manier kan ik het zowel via de rechtszaal als via de politiek en de media doen.

U heeft zich al vele jaren ingezet voor de belangen van asbestslachtoffers: welke zaken zijn in de afgelopen jaren veranderd?

Een grote verandering is de tegemoetkoming van de overheid. In eerste instantie was dit een regeling die achteraf werd uitgekeerd. Later is dit een geïndexeerde voorschotregeling geworden die uiteindelijk uitgebreid

is waardoor sinds 2007 iedereen in Nederland met aantoonbare mesotheliomen altijd € 18.000,- krijgt als tegemoetkoming op het smartengeld. Dit is een prachtige overwinning.

Wat is de route om deze tegemoetkoming te krijgen?

De longarts constateert een maligne mesotheliom en wijst de patiënt op de mogelijkheid van een tegemoetkoming. Deze doet de aanvraag via het IAS (Instituut Asbestslachtoffers). De diagnose dient bevestigd te worden door het NMP (Nederlands Mesotheliomen Panel). Indien er te weinig materiaal beschikbaar is wordt de casus voorgelegd aan drie mensen van de werkgroep mesotheliomen (WMT) van de NVALT en deze beoordelen of het asbest gerelateerd is. Verder zijn er geen voorwaarden aan verbonden.

Welke vooruitgang is er verder nog geboekt?

Door Eternit zijn er regelingen in het leven geroepen waardoor er zonder discussie schadevergoeding aan werknemers en oud-werknemers wordt betaald. Deze regelingen zijn in loop der jaren uitgebreid met de huisgenoten en de milieuslachtoffers. De laatste rechtszaak is 3 april gewonnen en betrof de productaansprakelijkheid. Jarenlang zijn er zonder waarschuwing nog producten verkocht waarin asbest verwerkt zat. Deze consumentengroep is nog nieuw. Daarnaast is er mede op initiatief van het comité het Instituut Asbestslachtoffers opgericht. Dit bestaat nu sinds 2000 en is een bemiddelend orgaan. Van de 480 mesotheliomen-patiënten (in 2011) komen er 450 via het IAS binnen. Deze slachtoffers kregen allemaal een

Van de mannen die longkanker krijgen is 12% ook blootgesteld aan asbest. Dit gaat over 800 mannen per jaar.

tegemoetkoming van de overheid van ruim 18.000 euro, maar van deze groep van 450 ontvingen slechts 150 slachtoffers een volledige schadevergoeding van de werkgever. Dat betekent dat twee derde van de slachtoffers alleen de tegemoetkoming van de overheid kregen. Dat is volgens het Comité Asbestslachtoffers een slecht resultaat.

Een ander positief punt is dat de verjaringsregeling van 30 jaar door de overheid niet meer gehanteerd wordt. Dit is natuurlijk voor de aansprakelijkheid van groot belang.

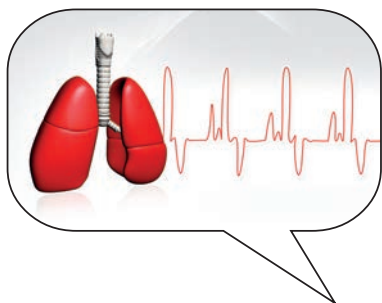
Wat wilt u de komende jaren nog bereiken?

Van de mannen die longkanker krijgen is 12% ook blootgesteld aan asbest. Dit gaat over 800 mannen per jaar. De oorzaak van longkanker wordt echter vrijwel altijd bij het roken gelegd. De longartsen zouden ook naar het arbeidsverleden van de patiënt moeten vragen. Als er gewerkt is met asbest is het mogelijk om schadevergoeding te vragen bij de werkgever. Inmiddels is een methode ontwikkeld om de proportionele aansprakelijkheid vast te stellen waarbij de werkgever wel verantwoordelijk gesteld wordt voor het werken met asbest, maar niet voor het 'rokersdeel'. Binnenkort komen er ook folders van het Comité Asbestslachtoffers uit die de longarts mee kan geven aan de patiënt, zoals deze ook meegegeven dienen te worden aan de mesotheliomen-patiënt. Belangrijk is dat de longarts de patiënt op de juridische mogelijkheden wijst. Verder zijn we bezig met een

voorstel om een asbestfonds op te richten, zodat de overheid de schadevergoeding voorschiet en dit dan gaat verhalen op de werkgever. Ook is een asbestinventarisatie noodzakelijk vanwege het gezondheidsgevaar van het contact met asbesthoudende materialen. Mensen worden vaak blootgesteld doordat ze gaan boren of schuren zonder dat ze weten dat ze te maken hebben met asbest. Dat kunnen de slachtoffers van over 30 jaar zijn. Kortom, we hebben inmiddels wel veel bereikt, maar er is ook nog heel veel te doen.

Wat heeft dit werk met u als mens gedaan?

Sowieso vind ik dat je je in moet zetten om mensen te helpen, maar het is ook zo dat deze zaken me enorm aangrijpen. Meestal komen mensen met z'n tweeën en je weet: 'over een jaar is hij er niet meer', dat doet wel iets met je.



Ditmaal in deze rubriek aandacht voor de relatief nieuwe website iPulmonologist – welke actuele webbased informatievoorziening aanbiedt.

Long(en) Digitaal

De site www.ipulmonologist.nl is sinds anderhalf jaar actief en richt zich op Nederlandse longartsen en longartsen in opleiding. De website is onafhankelijk, hetgeen wordt geconcretiseerd door de Onafhankelijke Adviesraad bestaande uit een tiental collega longartsen.

Ontwikkelingen binnen uiteenlopende gebieden worden belicht en de nadruk ligt op actuele wetenschappelijke ontwikkelingen. Ook maatschappelijke ontwikkelingen komen aan de orde.

iPulmonologist wordt goed bezocht en dat is ook wel terecht, aangezien de inhoud in de vorm van klein actueel nieuws dagelijks wordt geactualiseerd. Een regelmatig bezoek aan deze website is dan ook nuttig, niet in

de laatste plaats omdat er aandacht is voor ons vak vanuit meerdere perspectieven. Op de website zijn presentaties terug te vinden, maar ook round table meetings en congres- of symposiumverslagen.

De doelstelling van iPulmonologist is om in samenwerking met longartsen af te stemmen aan welke informatie behoefte is. Hierin speelt de adviesraad een rol, maar longartsen worden zelf ook aangemoedigd een bijdrage (in de vorm van een presentatie of idee) te leveren. De redactie is te bereiken via redactie@idoctor.nl. Vervolgens neemt de redactie dan contact op om af te stemmen op welke wijze een onderwerp kan worden belicht. Exponenten daarvan zijn

videopresentaties met intercollegiaal overleg, die nuttig zijn voor onze klinisch praktische werkzaamheden. Maar ook geaccrediteerde e-learning behoort tot de mogelijkheden.

Voor diegenen die interesse hebben om een column of andere redactionele kolommen te vullen, is ook plaats.

Dus, ga naar www.ipulmonologist.nl, registreer jezelf en kijk wat er aan nieuws op staat, maar denk vooral mee over wat nog ontbreekt!

Binnenkort wordt een 'Ronde' tafel georganiseerd met o.a. Geertjan Wesseling over actuele pulmonale zaken.

Er gaat niets boven **Groningen!**

De AIOS longziekten in het UMCG heeft geluk, je maakt hier kennis met de longgeneeskunde in de volle breedte in een uitstekend opleidingsklimaat en goede sfeer.

Drie verpleegafdelingen en in de winter de nodige overbedden zorgen ervoor dat er op de zalen altijd genoeg te doen is en je nooit om werk verlegen zit.

De spoedeisende hulp wordt het gehele jaar druk bezocht. De spoedpieper is in het UMCG dan ook garantie op een goede dosis leerpunten, zeker als deze nog eens gecombineerd wordt met de consultenpieper, helaas zijn mobiele telefoons hier in het ziekenhuis nog een zeldzame verschijning. De AIOS doet in principe alle consulten waardoor je leert meedenken over zowel soms zeer ingewikkelde academische casuïstiek als ook vele "routine" longziekten.

De oncologie afdeling staat nationaal goed aangeschreven en professor Groen, tevens opleider, wordt veel geconsulteerd door collega's uit het gehele land voor oncologische problematiek. De oncologie stage wordt dan ook door alle AIOS goed gewaardeerd.

Ook de tuberculose heeft in het UMCG een prominente plek. Op de locatie Beatrigoord van het UMCG leert de AIOS alle ins en outs van een van de meest interessante infectieziekten ter wereld. Het UMCG heeft een CF centrum samen met de kindergeneeskunde waardoor CF patiënten het gehele leven (tot en met eventuele transplantatie) in ons centrum behandeld kunnen worden.

De goed opgezette afdeling voor thuisbeademing levert zorg aan chronisch respiratoir insufficiënte patiënten vanuit het gehele noorden. Als AIOS kom je dan ook ruim in aanraking met de vele aspecten van de niet-invasieve beademing en slaapgeneeskunde.

In het UMCG worden jaarlijks de meeste longtransplantaties van Nederland verricht. Hiervoor worden patiënten vanuit het hele land verwezen en behandeld, vaak met interessante en ingewikkelde ziektebeelden.

transplantatie.

De opleiding in het UMCG heeft als groot voordeel de facultatieve stage waarin je aan het eind van de opleiding 6 maanden in volledige vrijheid kunt kiezen in welk deel van de longgeneeskunde je verder wilt verdiepen. Het is echter vaak lastig om te kiezen uit een provisiekast die zo ruim gevuld is als die van het UMCG.

Al met al is het een opleiding die in de volle breedte de longgeneeskunde beoefent met voldoende ruimte voor verdie-

Het is lastig om te kiezen uit een provisiekast die zo ruim gevuld is als die van het UMCG.

Het UMCG heeft een regionale verwijzingsfunctie voor wat betreft de interstitiële longziekten. Eenmaal per 2 weken wordt er casuïstiek besproken in een multidisciplinaire setting, waarin uitgebreid de argumenten besproken worden om wel of geen aanvullende diagnostiek te doen en om wel of nog niet te behandelen. Door deze en diverse andere besprekingen leert de AIOS samenwerken en debatteren over uiteenlopende onderwerpen met verschillende disciplines. Ook voor onderzoek is voldoende ruimte en de opleiders staan open om dit te combineren met patiëntenzorg. Op alle afdelingen wordt op hoog niveau aan wetenschap gedaan, en met name wordt er in Groningen baanbrekend onderzoek verricht op het gebied van astma en COPD, oncologie, infectieziekten en

ping. Dit gecombineerd met een uitstekend opleidingsklimaat staan garant voor een fijne en leerzame opleidingstijd.

Voor meer informatie bekijk de film over de opleiding tot longarts in het UMCG op <http://www.youtube.com/watch?v=1SgQY40FFwA>

AIOS in het UMCG (op dit moment)

Wud Al-Kailany
Ries van den Biggelaar
Marieke Duiverman
Wouter van Geffen
Caroline Godfroy
Wouter de Jong
Kor Johan Koning
Marjolein Lacor
Arenda Meedendorp
Murat Türk



Wie? Els de Gussem

Waar? Winnipeg, Canada



Wanneer en waarom ben je naar Canada vertrokken?

In juli 2010 ben ik met mijn gezin (man en 2 kinderen) naar Winnipeg, Manitoba verhuisd. Tijdens mijn studietijd in 1997, heb ik gedurende 4 maanden onderzoek gedaan op de afdeling hemato-oncologie in Toronto. Vervolgens heb ik daar ook mijn co-schappen kindergeneeskunde in het Hospital for Sick Children gedaan in 1998. Mijn vriendje (huidige man) en ik hebben toen ontdekt dat Canada zo'n mooi land is met een schitterende natuur, hartelijke mensen en zoveel ruimte! In 2007 besloten we nog éénmaal het avontuur op te zoeken en een jaar naar Toronto te trekken met destijds 2 jonge kinderen (3 jaar en 4 maanden oud). Hans-Jurgen Mager en Dr. Westermann hebben daar contact met Marie Faughnan, een longarts in Toronto die ook gespecialiseerd is in de zorg voor patiënten met Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia (HHT, of Rendu-Osler-Weber (ROW)). Door dit contact kon ik een HHT fellowship in Toronto doen.

Opnieuw verloren we ons hart aan het land. Na mijn opleiding in Nieuwegein te hebben afgerond in 2009, hebben we nog een jaar in Birmingham, Alabama (USA) gewoond, voor een fellowship van mijn man, waar ik de gelegenheid had om mijn onderzoek voort te zetten. En in juli 2010 bleken we allebei een positie te kunnen krijgen aan de University of Manitoba en zijn we naar Canada verhuisd!

Was het moeilijk om daar te wennen?

Het was zeker niet moeilijk om hier te wennen: Canada is qua cultuur en eetgewoonten een combinatie van de USA en Europa. Daarnaast hebben we Canada altijd zo'n mooi land gevonden, dat de mogelijkheid om hier te kunnen wonen en werken een droom was die uit kwam. Verder was het goed om na bijna 3 jaar met veel plezier op verschillende plekken gewoond te hebben (meestal met als enige bezit de inhoud van 8 koffers), te weten dat we hier langer zullen wonen.

Zijn er grote verschillen met betrekking tot de gezondheidszorg tussen Nederland en Canada?

De overeenkomst is dat er ook een (provinciale) ziektekosten verzekering is, die de basale zorg dekt. Een verschil is dat voorgeschreven medicijnen door patiënten zelf betaald moeten worden en dat ze dit vergoed krijgen naar rato van hun inkomen. Helaas verlaagt dit systeem de compliantie van medicijngebruik en sommige patiënten zijn niet in staat om zich de inhalatie medicatie of andere medicatie te veroorloven.

Een ander verschil is dat Canada een heel uitgestrekt land is. Winnipeg is een stad met 700.000 inwoners in een provincie van 1.2 miljoen inwoners. De provincie heeft een oppervlakte die meer dan 15 keer zo groot is als Nederland. De overige 500.000 inwoners wonen in afgelegen gebieden. Twaalf uur rijden voor een poli controle is echter geen probleem en als mensen zo afgelegen wonen dat de afstand te ver is of de wegen zijn niet toegankelijk, bijvoorbeeld in de wintermaanden, dan worden ze ingevlogen.

Verder is het opvallend hoe gezegend Nederland is met goede eerste lijnszorg door huisartsen. In Manitoba zijn er veel patiënten die geen huisarts hebben. Buiten kantooruren zijn er slecht toegankelijke walk-in clinics met wachttijden van uren, waardoor de Eerste Hulp van ziekenhuizen overbelast wordt en de wachttijden ook hier kunnen oplopen. In extreme gevallen zelfs tot dagen! Dit beïnvloedt de zorg voor patiënten en de ernst van sommige ziektebeelden doordat patiënten laat gezien worden door een specialist.



Is de organisatie binnen het ziekenhuis anders dan hier in Nederland?

In Canada heb je als specialist meer individuele verantwoordelijkheid voor patiënten (volgens het Engelse consultant systeem): De primaire consultant draagt verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt en er is geen noodzakelijk overleg en geen overdracht van patiënten voor diensten. Je houdt de verantwoordelijkheid en zorg voor je patiënten. Dit bevordert de zorg en

continuïteit van zorg voor patiënten en versterkt de band tussen patiënten en dokters.

Is er een verschil in ziektebeelden?

Ik was onder de indruk van de hoge incidentie van tuberculose of infecties met atypische Mycobacteriën. Tijdens mijn opleiding zag ik sporadisch een patiënt met een infectie met een Mycobacterie, maar sinds ik hier werkzaam ben heb ik al meerdere patiënten met tuberculose gezien en patiënten met infecties van diverse atypische Mycobacteriën. De hoge incidentie van patiënten met tuberculose komt voor een groot deel door de slechte leefomstandigheden van de mensen die in de afgelegen noordelijke gemeenschappen wonen. Het is soms schrijnend om te horen dat deze mensen zonder stromend water en sanitaire voorzieningen leven in een ontwikkeld land als Canada.

Wat zijn de verschillen privé?

Alhoewel Winnipeggers klagen over het verkeer, prijzen wij ons gelukkig: er staan zelden files en dan hooguit gedurende een half uur tijdens de avondspits. Dit verkort de tijd die we spenderen aan woon-werkverkeer en komt ten goede aan tijd voor elkaar

en ons gezin. Tevens zijn Winnipeggers zeer sociale mensen, relaxed in de omgang, ook op de werkvloer. Canada is een zeer multicultureel land, waar de andere culturen gewaardeerd worden om hun uniekheid en we hopen dat onze kinderen dit meekrijgen en waarderen.

Voorts zijn de winters bar koud en moeten we 's nachts niet vergeten het stopcontact van de block-heater van het motorblok van de auto in te pluggen, anders start de auto de volgende morgen niet. Maar er is veel zon, waardoor we genieten van alle winteractiviteiten: schaatsen, ijshockeyen, langlaufen, snowshoeing, sleeën, etc. In de zomer tref je Winnipeggers aan bij hun cabin aan het meer, de zomers zijn warm en zonnig.

Waar ligt jouw toekomst?

We hebben het zeer goed in Winnipeg, zowel privé als op het werk. We genieten van de mogelijkheid om onze kinderen hier te kunnen laten opgroeien en genieten van het leven in Canada.

We hopen hier nog lang te kunnen blijven.





In het pulmonaal portret telkens een andere longarts aan het woord.

Bart Oppedijk

Geboren
Zaandam, 1972

Opleidingskliniek
Sparne Ziekenhuis Hoofddorp, stage
6 maanden VUmc.

Waarom koos u destijds voor de studie geneeskunde?

Allereerst de fascinatie voor het menselijk lichaam; hoe werkt het toch allemaal? Een oom die langere tijd apotheekhoudend huisarts is geweest in een plattelandspraktijk heeft hieraan ook zeker bijgedragen; ik bleef daar vaak logeren dat maakte veel indruk op me.

Waarom koos u uiteindelijk specifiek voor de specialisatie longziekten?

Ik heb anesthesiologie, SEH-geneeskunde, nucleaire geneeskunde en cardiologie overwogen. Uiteindelijk vind je bij longziekten de ultieme mix tussen jong en oud, onschuldige

kwaal en infauste prognose. Het is een zeer breed vak met o.a. infectiologie en oncologie. Daarnaast ook ruime mogelijkheden voor interventies, handelingen. Need I say more?

Wat is uw aandachtsgebied en waarom?

Ik wil een longarts blijven die de volle breedte van het vak uitoefent; ik voel me niet aangetrokken tot de academie of een superspecialisme. Wel verdiep ik me in de oncologie; de ontwikkelingen van b.v. targeted therapy gaan snel, vind ik zeer boeiend.

Tijden veranderen. Waar verlangt u naar terug?

Ik heb een bijzonder aangename studententijd gehad, toen ook mooie reizen gemaakt naar o.a. Tanzania, Kenia, India en Bangladesh, allemaal zeer "low-budget". Dat was ook het leven voor de geboorte van je eerste kind, inmiddels heb ik er drie. Aan die zorgeloosheid en onbevangenheid van toen kan ik met plezier terugdenken.

Wat zijn uw ambities?

Mijn vak goed bijhouden, prettige arts-patiënt relaties volhouden in mijn huidige werkring en goed contact bewaren met mijn (directe) collegae. En bovenal de beste vader zijn en blijven.

Wie binnen ons vakgebied bewondert u?

Ik moet zeggen dat ik de gang van zaken in het VUmc en dan met name rond Piet Postmus met verbazing volg. Ik heb hem leren kennen in mijn zes

maanden durende stage als een zeer aimabele, kundige, hardwerkende dokter die staat voor zijn patiënten en team. Ik hoop dat hij snel gerehabiliteerd wordt en weer kan doen waar hij goed in is.

Wat is de grootste verbetering van de laatste 30 jaar binnen de longziekten?

De ontwikkelingen qua technologie, EBUS/EUS, digitale beeldvorming etc. Daarnaast de targeted therapy.

Wat is de ergste verslechtering van de laatste 30 jaar binnen de longziekten?

Ik vind het van groot belang chemotherapie en longchirurgie voor de long-oncologische patiënt in eigen huis te kunnen blijven aanbieden. Ben tegen te strikte centralisatie. Daarnaast vind ik de verregaande macht van de zorgverzekeraars en toenemende bureaucratie benauwend. Waarom moet ik 28 keer bellen voor ik iemand naar Davos kan sturen?

Wat zijn uw dagdromen?

In aanvulling op vraag 5 zit ik in gedachten nog regelmatig met mijn voeten in het Arubaanse zand van bijvoorbeeld Bukuti-beach. Mijn eerste baan als arts was poortarts op de SEH van Aruba gedurende een jaar (2001 tot 2002). Prachtige ervaring.

Waar bent u het meest trots op in uw loopbaan als longarts?

Ik denk dat de overgrote meerderheid van mijn patiëntcontacten goed verlopen en de patiënten zich begrepen en serieus genomen voelen. Dat geeft me veel voldoening.

Als u geen longarts was geworden, wat was uw beroep dan geweest?

Misschien dan toch anesthesioloog of cardioloog. Of als het allemaal echt anders was gelopen; ik heb diverse bijbanen in de horeca gehad. Denk dat ik als barman (bij voorkeur op Aruba) ook niet ongelukkig was geweest.

Wat is de grootste uitdaging in uw werk?

In de bulk van patiëntencontacten toch altijd scherp blijven en die witte raaf blijven zoeken. De rokende,

mannelijke havenarbeider van 50 jaar met toch een EGFR-mutatie of die onbegrepen dyspnoe bij pulmonale hypertensie bijvoorbeeld.

Wat betekent patiëntenzorg voor jou persoonlijk?

De reden om arts te zijn geworden.

Wat is uw advies aan jonge longartsen (i.o.)

Hard werken en niet klagen zolang je aan de goede kant van het bureau (en de drain) staat en elke keer weer op de fiets het ziekenhuis mag verlaten.

Je hebt het mooiste vak van de wereld, maak er wat van!

Welke longarts mogen wij de volgende keer aan het woord laten?

Albert van der Heijden, longarts van het Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp. Tegenwoordig met een been in de meer organisatorische kant, voorheen mijn plaatsvervangend opleider. Wat houdt hem bezig tegenwoordig? Hoe ziet hij de mogelijke fusie met het Kennemer Gasthuis?

Vanuit de VvAwT

Vooraankondiging Studiedagen van de VvAwT

Data: Donderdagmiddag 10 en vrijdag 11 januari 2013

Locatie: Conferentiehôtel ISVW Leusden (isww.nl)

Onderwerpen (onder voorbehoud)

Medicamenteuze tbc-behandeling

Casuïstiek uit de praktijk

Uitwisseling met tbc-bestrijders uit Oost Europa

Het programma op donderdagmiddag is ook bedoeld voor de longartsen- tbc-coördinatoren

Inlichtingen over deelname

Congresorganisatie Commissie Nascholing VvAwT

Mw. J. Huisman-van Berkel

e-mail: van.berkel.cons@upcmail.nl



Achonizomai, leven met COPD

Longarts Bert Baas uit het ziekenhuis Rivierenland in Tiel heeft een voorlichtingsfilm gemaakt voor COPD patiënten. Deze documentaire is bedoeld voor COPD patiënten maar ook voor iedereen die in aanraking komt met COPD van asbest.

Waarom deze film?

Wij zijn hier in Tiel bezig met een project dat zich richt op palliatieve zorg voor patiënten in het (bijna) eindstadium van COPD. In dat kader spreek ik veel met patiënten en hun familie. Het viel mij verschillende keren op, dat ondanks het feit dat deze patiënten al jaren lijden aan COPD, zij toch met de vraag komen: "Wat is dat nu eigenlijk, COPD?" Ik besepte dat onze gebruikelijke uitleg over rek in de longen, verlies aan longblaasjes en dergelijke niet het antwoord was dat zij zochten. Op zulke momenten wist ik eigenlijk niet goed hoe ik dat eenvoudig kon uitleggen. De gedachte aan een voorlichtingsfilm ontstond omdat ik van mening ben dat beelden vaak duidelijker en intenser kunnen zijn dan woorden.

Had u daar de middelen voor?

Nee, het bleef aanvankelijk bij een idee maar op een gegeven moment werd ik benaderd door de Stichting Volkshuisvesting Tiel, die in het kader van haar eeuwfeest, een maatschappelijke bestemming zocht voor de gekregen giften. Via via hadden ze van mijn plannen gehoord en zo kwamen ze met het voorstel om geld in te zamelen voor deze film. Op dat moment veranderde het idee "film" in een mogelijk haalbaar project.

Wie heeft u erbij gevraagd?

Ik heb de film gemaakt samen met Patricia Steur (fotografe/regisseur) en Hermen de Waal (film maker). Zij wisten eigenlijk niets van COPD. Daarom hebben ze allebei een dag met mij meegelopen in het ziekenhuis om de wereld van de COPD-patiënt van dichtbij te ervaren.

Was dat voldoende voorbereiding?

Zeker niet. Ze wisten nu wat beter wat COPD inhield maar nog niet voldoende waar de film over zou moeten gaan. We hebben toen een avond belegd met een viertal patiënten en hun partners en kinderen. Daar hebben we hen de vraag voorgelegd: "Waar zou zo'n voorlichtingsfilm over moeten gaan?" Het werd een zeer indrukwekkende avond, waarbij ook ik, na al die jaren, nog ontzettend veel heb geleerd en ervaren over wat het voor mensen betekent om te moeten leven met de beperkingen van COPD. Het gaf ook een idee waar de inhoud van de film zich op zou moeten richten. Op deze avond bleek overigens ook, dat bij patiënten en hun familieleden ontzettend veel behoefte bestond om met elkaar (als lotgenoten) te praten. Binnenkort starten we daarom met bijeenkomsten van patiënten en hun familie waarin zij, onder deskundige begeleiding, met elkaar ervaringen

en emoties kunnen uitwisselen. Dit lotgenotencontact past overigens ook perfect in de doelstellingen van eerder genoemd project. De film kan in die bijeenkomsten gebruikt worden als uitgangspunt om over allerlei zaken te praten.

Kwam u uit met uw budget?

Uiteraard niet. Dat was wel een groot probleem. Patricia Steur en Hermen de Waal hadden het script geschreven, maar voor de realisatie was een bedrag nodig dat vele malen hoger lag dan het cadeau van de woningbouwvereniging. Beide filmmakers waren echter zo gegrepen door het onderwerp en de maatschappelijke relevantie ervan, dat besloten werd om toch door te gaan, maar dan als een soort "low budget film". Dat betekent dat de meeste opnames in een studio zijn gemaakt en dat we onze eigen patiënten hebben gevraagd om (belangeloos) mee te werken. Ik weet nu ook waarom een film van 15 minuten toch zoveel geld moet kosten. Er zijn vele dagen van voorbereiding, opnames, monteren en dergelijke voor nodig. Uiteindelijk heb je voor uren materiaal, maar een voorlichtingsfilm kan maar een beperkte tijd de aandacht vasthouden en daarbij is het de kunst om ervoor te zorgen dat je niet teveel in een te korte tijd aan bod laat komen.

Waarom heet hij "Achonizomai"?

Dit is inderdaad een wat moeilijke titel maar de ondertitel "Leven met COPD" is te weinig pakkend. Ik was op zoek naar een woord dat eigenlijk alles waar deze film over gaat zou omvatten. Het Nederlands kent dergelijke woorden niet en dan val je toch terug op het Grieks of het Latijn. Achonizomai is oud Grieks en betekent "strijd leveren, niet opgeven, niet ten onder willen gaan". Een titel dus die de inhoud treffend weergeeft.

Bent u tevreden over het uiteindelijke resultaat?

Ja zeker, maar ik nodig iedereen uit om de film zelf te bekijken en te beoordelen.

Is die voor elke COPD patiënt bedoeld?

Nee, zeker niet. Het is vooral een film voor COPD patiënten die in de (of de daaraan voorafgaande) laatste fase van hun ziekte zijn. Het is zeker geen documentaire die je aan iemand moet laten zien waarbij net de diagnose COPD is gesteld. Uit de vertoning tot nu toe blijkt dat hij heel veel emoties oproept en veel vragen. Ik vind het daarom heel belangrijk dat, als patiënten en hun familie hiernaar kijken, ze na de vertoning ergens terecht kunnen met hun vragen en emoties. Het is dus een film die het beste onder begeleiding kan worden gezien. Voor vele disciplines in de gezondheidszorg is het een heel goed

middel om een indruk te krijgen van de grote impact die COPD heeft op patiënten maar ook op hun naasten, kortom om kennis te maken met de mens achter de COPD patiënt.

Hoe komen we aan de film?

We zijn nog aan het kijken hoe we de film het beste kunnen distribueren maar voorlopig is hij tegen kostprijs te bestellen bij ziekenhuis Rivierland via website www.zrt.nl op de pagina van specialisme longgeneeskunde.

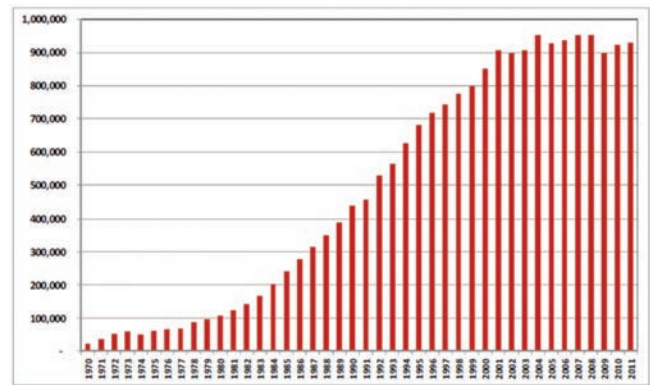
‘River deep, Mountain high’: een kwestie van druk

Opvallend is dat in Nederland relatief weinig longartsen zich hebben verdiept in de fysiologie en pathofysiologie van het ademen onder ‘andere-dan-normale drukken’. Zo zijn er bijvoorbeeld maar weinig longartsen tevens geregistreerd als duikerarts. Daarnaast ontbreken op dit moment Nederlandse richtlijnen voor beoordeling van respiratoire geschiktheid voor duiken, vliegen of reizen naar hooggelegen gebied. Steeds meer mensen zoeken echter beroepsmatig, tijdens vakantie of als hobby extreme condities op. Naast toenemende belangstelling voor de bergsport behoort ook duiken meer en meer tot de avontuurlijke vrijetijdsbesteding. Daarnaast verplaatsen miljoenen mensen zich jaarlijks per vliegtuig, hetgeen vaak met een barometerdruk daling gepaard gaat tot 75 kPa (zeeniveau: 101.3 kPa). Dit is omgerekend naar ‘berg hoogte’ circa 2400 meter boven zeeniveau. Het lijkt daarom een goed moment voor de NVALT om als wetenschappelijke vereniging expertise in deze te bundelen en te vergroten. De op te richten werkgroep zou zich onder andere bezig kunnen gaan houden met de wetenschappelijke basis waarop adviezen gegeven kunnen worden omtrent ademhaling tijdens sport, vakantie en hobby onder bijzondere omstandigheden. Zo zou gekeken kunnen worden naar criteria voor respiratoire geschiktheid voor wisseling in barometerdruk bij duiken of vermindering van de partiële zuurstofspanning zoals bij vliegvluchten en vakanties naar hoger gelegen gebieden. Om uw interesse aan te wakkeren alvast een korte schets over de gevolgen van drukverhoging zoals bij het duiken en drukverlaging op grote hoogte. Heeft u interesse in deze werkgroep, meld u dan aan bij de NVALT of zoek contact met Emile Dubois of Jelle Miedema.

‘River deep’

Eeuwenlang heeft de mens gezocht naar nieuwe grenzen. Al in de 5e eeuw voor Christus worden verhalen over duiken beschreven. Zo schreef de Griekse geschiedschrijver Herodotus over de (apneu)duiker Scyllias, die tijdens gevangenschap kostbaarheden opdook uit gezonken Perzische schepen. Tijdens een storm ontsnapt hij door overboord te springen en langdurig onder water te blijven met behulp van een rietstengel.¹ Hoewel duiken al langer voor militaire en commerciële doeleinden wordt gebruikt is het individuele duiken als sport en hobby relatief nieuw. De laatste jaren verleggen steeds meer mensen hun grenzen om de bijzondere ervaring van ‘gewichteloosheid’ en observatie van het onderwaterleven mee te kunnen maken. Cijfers

over duikercertificering van PADI, één van de grootste duikorganisaties ter wereld, laten een forse stijging zien van het aantal nieuwe certificeringen per jaar tot 2001. Nadien is er een stabiele groei van zo’n 900.000 duikcertificeringen wereldwijd per jaar (grafiek 1).



Grafiek 1 © PADI 2012. This graph is owned by PADI Americas, Inc. and the use herein is with permission from PADI Worldwide Corp.

Hoewel het duiken een fascinerende ervaring kan zijn, is het niet zonder gevaren. Er bestaan algemene risico's zoals trauma, hypothermie en verdrinking. Daarnaast zijn er risico's die te maken hebben met blootstelling aan toegenomen omgevingsdruk onder water en de daarmee veranderde partiële gasspanning en oplosbaarheid van zuurstof en stikstof in het plasma. Het gevaar van overdruk werd al in de negentiende eeuw beschreven. Destijds ontwikkelde zich een nieuwe manier van ondergronds (caisson) bouwen, waarbij de werkers worden blootgesteld aan overdruk.² De artsen Pol en Wattelle beschreven in 1854 al symptomen van myalgie, neurologische afwijkingen en toegenomen dyspneu bij caissonmedewerkers. Zij constateerden dat deze symptomen niet zozeer tijdens de hoge druk in de caisson ontstonden, maar in de decompressiefase.³ Later, in de vijftiger jaren van de vorige eeuw zou blijken dat hoge partiële stikstof- en zuurstofdruk op zich al tot neurotoxiciteit kunnen leiden (stikstof narcose, zuurstof toxiciteit).

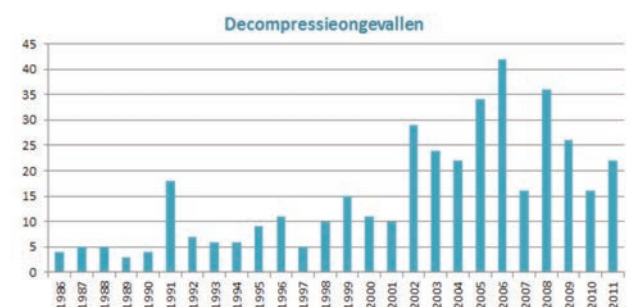
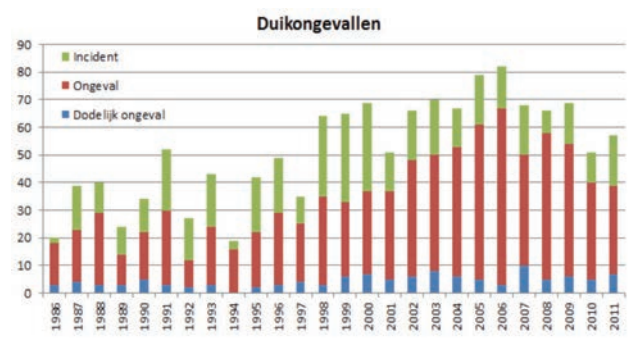
De meeste gecertificeerde sportduikers zullen tot maximaal veertig meter diepte duiken, alwaar het volume van lucht ten opzichte van zeeniveau nog maar één vijfde is. Tijdens het afdalen van de duiker (compressiefase) doen zich over het algemeen weinig druk-gerelateerde pulmonale

problemen voor. Tijdens de opstijging (decompressiefase) neemt de omgevingsdruk echter weer af en het gasvolume in de longen neemt weer toe. Indien deze volumetoename van lucht in de longen niet goed uitgedemd wordt kan pulmonaal barotrauma ontstaan met ruptuur van het longparenchym. Extra alveolair gas kan zo mediastinaal emfyseem en pneumothorax geven.⁴ Daarnaast kan extra-alveolair gas ook arteriële embolieën vormen. Symptomen zijn afhankelijk van de lokalisatie. Een ander druk-gerelateerd probleem heeft te maken met de oplosbaarheid van gassen. Door de verhoogde partiële druk zal stikstof meer oplossen in lichaamsweefsels. Tijdens een snelle opstijging zal de opgeloste stikstof in het lichaam gasbellen vormen met mechanische (embolie) en biochemische effecten. Dit is de oorzaak van decompressie- of caissonziekte. Afhankelijk van het volume en de locatie van het vrije gas in het lichaam kunnen uiteenlopende symptomen en orgaandysfuncties ontstaan. Variërend van jeuk of gewrichtspijn, tot zeer ernstige respiratoire- of neurologische klachten en overlijden.⁵ De therapie bestaat voor het belangrijkste deel uit het toedienen van zuurstof en re-compressie in een hyperbare druktank waardoor gasbellen weer kunnen oplossen.^{2,4,5} Over het algemeen zijn de resultaten van de behandeling goed. In een review van 1763 decompressie-ongevallen liet 80% een volledig herstel zien.^{5,6}



Indonesië, duiken in Komodo, Jelle Miedema

Duikongevallen in Nederland en van Nederlanders in het buitenland worden sinds 1986 geregistreerd bij de DOSA (duikongevallen statistiek en analyse; aantal gevallen per jaar. Zie grafiek 2). Een belangrijke vraag is hoe het risico op duikongevallen verder te reduceren is. De vraag voor de duikerartsen en longartsen is welke longziekten een bedreiging vormen tijdens het duiken en in welke mate. Spontane pneumothorax wordt, gezien het recidief risico, beschouwd als een absolute contra-indicatie voor duiken. Ook bij actieve TBC en sarcoidose, evenals CF en longfibrose is duiken gecontraïndiceerd.⁷ Theoretisch risico voor pulmonaal barotrauma zijn obstructieve longziekten en structurele longafwijkingen met risico op airtrapping zoals



bullae en cysteuze longziekten.⁸ Daarom wordt door de Nederlandse onderwater sportbond een medische keuring voor alle beroepsduikers verplicht gesteld. Sportduikers wordt aangeraden zich regelmatig te laten keuren. Er bestaat een certificeringssysteem voor artsen die deze duikerskeuring kunnen uitvoeren met steeds meer aandacht voor internationalisering van de opleiding.⁹ In deze eerste lijn wordt geadviseerd tenminste een spirometrie uit te voeren om obstructieve longfunctiestoornissen op te sporen. Bij twijfel over respiratoire geschiktheid moet worden verwezen naar een longarts voor uitgebreid aanvullend onderzoek. Echter, er bestaat op dit moment geen consensus welk aanvullend onderzoek uitgevoerd dient te worden. Welk onderzoek is voldoende sensitief is om duikrisico's door preexistente longziekten op te sporen en welke ziektebeelden vormen daadwerkelijk een verhoogd risico?

'Mountain High'

Een heel ander soort situatie ontstaat door afname van omgevingsdruk, zoals op grote hoogte. Circa 140 miljoen mensen leven op grote hoogte in minder ontwikkelde landen (onder andere Tibet, Peru).¹⁰ Steeds meer mensen die niet gewend zijn aan grote hoogte bezoeken deze gebieden echter voor werk of vakantie. Door de verlaagde partiële zuurstofdruk zal het lichaam op verschillende niveaus in de zuurstoftransportketen aanpassingen realiseren. Zo zal bijvoorbeeld het ademinuutvolume toenemen, evenals de cardiac output. De gehalten 2,3 di-fosfoglyceraat (dagen) en in later stadium de concentratie hemoglobine (weken) stijgen. Ook de longfunctie verandert. De Vitale Capaciteit neemt de eerste 24 uur af, mogelijk als gevolg van toegenomen interstitieel vocht.¹¹ Daarnaast ontstaat pulmonale



vasoconstrictie. Fysiologische aanpassingen aan hoogte kunnen echter ook leiden tot ziekte. De meest voorkomende vorm hoogteziekte is Acute Mountain Sickness (AMS). Geschat wordt dat 22-50% van de reizigers naar hoogtes tussen 1850 en 4240 meter hier last van hebben.¹² Opvallend is dat AMS bij vliegtuigpassagiers in veel lagere frequentie voorkomt.¹³ De incidentie wordt onder andere bepaald door individuele gevoeligheid, snelheid van stijgen en duur van verblijf op hoogte, het niet acclimatiseren en toegenomen 'slaaphoogte'. Daarnaast spelen wonen op zeeniveau, eerder doorgemaakte AMS en een lage hypoxische ventilatoire respons een rol. De pathofysiologie bij AMS lijkt te berusten op toegenomen cerebraal oedeem, hoewel dit voor lichtere vormen van AMS nooit is aangetoond.¹⁴ De klinische presentatie kenmerkt zich door hoofdpijn met een of meer van de volgende symptomen: slaperigheid, verminderde eetlust, zwakte, misselijkheid, duizeligheid, braken. Een belangrijk diagnostisch hulpmiddel is de 'Lake Louis Score'.¹⁵ Acetazolamide heeft een bewezen profylactisch effect.¹⁴ Een zeldzame en potentieel dodelijke ziekte is High-Altitude Cerebral Edema (HACE), waarbij door hypoxemie ontstaan cerebraal oedeem zorgt voor veranderingen in bewustzijn en ataxie. Daarnaast kunnen uiteenlopende neurologische symptomen ontstaan. HACE ontstaat vaak secundair aan AMS. De incidentie is dan ook moeilijk in te schatten.¹⁴

Therapie bestaat uit onmiddellijk afdalen en het toedienen van zuurstof. Daarnaast kan dexamethason gegeven worden.^{14,15} De meest voorkomende oorzaak van overlijden door hoogte is high-altitude pulmonary edema (HAPE). Bij het ontstaan van deze vorm van non-cardiogeen longoedeem door hypoxemie lijkt verhoogde druk in de arteria pulmonalis een centrale rol te spelen. HAPE ontstaat vaak binnen 2 tot 4 dagen bij een snelle stijging naar een hoogte boven 2400 meter.¹⁴ De therapie bestaat uit direct afdalen en het toedienen van zuurstof. Daarnaast kan geprobeerd worden de druk in de arteria pulmonalis te verlagen met bijvoorbeeld nifedipine.^{14,15} Op dit moment loopt er een initiatief voor een nationale hoogteziekten database om meer inzicht te krijgen in de prevalentie en incidentie van deze aandoeningen bij Nederlanders die op reis zijn geweest.¹⁵

Hoogte gerelateerde aanpassingen en ziekten zijn uitgebreid bestudeerd in gezonde individuen, maar er is veel minder bekend over de effecten van grote hoogte bij pre-existent longlijden. Dit geldt zowel voor het effect van pre-existent longlijden op het ontstaan van AMS, HACE of HAPE, als het effect van hoogte op de longziekten zelf.¹³ Voor longartsen is het belangrijk te weten hoe verschillende aandoeningen zoals obstructief longlijden, parenchymziekten, vasculaire- en ventilatoire aandoeningen worden beïnvloed door verlaagde

omgevingsdruk en afname van partiële zuurstofdruk. Zo kan een goed advies worden gegeven aan longpatiënten die naar hooggelegen gebieden gaan reizen. Eventueel kunnen maatregelen worden getroffen zoals aanvullende diagnostiek, toedienen van zuurstof tijdens hoogteverblijf of het meegeven van medicamenteuze profylaxe.

Mijn passie voor de duiksport ontstond in Indonesië waar ik mijn eerste PADI duikcursus deed. Tijdens het duiken in Komodo National Park leerde ik hoe bijzonder het is om je gewichtloos te voelen. Omdat het rijke leven ongestoord verder ging terwijl ik geruisloos over het rif kon zweven voelde ik me een bezoeker in een vreemde wereld. Heel even vergat ik alles boven de zeespiegel. In de eindeloze stilte van de onderwaterwereld was daar alleen het geluid van mijn ademhaling. Subtiele in- en uitademing bepalen mijn hoogte boven het koraal. Niet eerder was ik me zo bewust van het geluid, de beweging, het effect en de kwetsbaarheid van mijn eigen ademhaling. Dat alles maakt het duiken zo speciaal voor mij. Ondanks het feit dat deze hobby niet zonder gevaren is blijft het me aantrekken. Ook de (patho-)fysiologie van het duiken heeft mijn interesse. Om binnen het vak van de longgeneeskunde een brug te slaan naar duik- en hoogtegeneeskunde is een leuke en voor de hand liggende mogelijkheid. 'River deep, Mountain high': de samenhang is een kwestie van druk. Een landelijke NVALT werkgroep zou een waardevolle aanvulling kunnen zijn voor de veiligheid van een steeds groter wordende groep individuen die deze nieuwe grenzen verkennen. Hopelijk spreekt dit onderwerp meer mensen aan. Graag nodigen wij u uit om uw interesse voor dit werkgroep-initiatief kenbaar te maken binnen de NVALT of aan ondergetekenden.

Drs. J.R. Miedema, longarts i.o. UMC st. Radboud, Nijmegen
j.miedema@long.umcn.nl tel. 024 – 361 45 79

Dr. E.F.L. Dubois, longarts, Haaglanden MC, den Haag
e.dubois@mchaaglanden.nl tel. 070 – 330 20 09

- 1) Herototus 'persian wars', boek VIII, Urania
- 2) Corstius, Demout en Feenstra, Duikgeneeskunde, theorie en praktijk, 2e druk 2007, Elsevier
- 3) Pol B, Watelle TJJ, Memoires sur les effets de la compression de Paris applique au creusement des puits a houille, Ann Hyg Publ (Paris) 1854; (1): 241-79
- 4) Murray and Nadels textbook of respiratory medicine, chapter 71 Diving Medicine, p1674-90, Saunders Elsevier 2010.
- 5) Vann et al, decompression illness, Lancet 2011, Jan (8) 377; 153-64
- 6) Thalmann et al, Principles of US navy decompression treatments (.), In Moon RE et al, Treatment of Decompression illness, Kensington, MD Undersea and Hyperbaric Medical Society, 1996; 75-95
- 7) BTS guidelines on respiratory aspects of fitness for diving, thorax 2003; 58, 3-13
- 8) Tetzlaff et al, risk factors for pulmonary barotrauma in divers, Thorax 1997; 112(3) 654-9
- 9) www.scotthaldane.nl
- 10) Moore LG, human genetic adaptation to high altitude, High Alt Med Biol 2001, 2: 257-790
- 11) Jaeger et al, Evidence for increased intrathoracic fluid volume in a man at high altitude, J appl physiol 1979, 47; 670-76
- 12) Honigman et al, AMS in a general tourist population at moderate altitudes, Ann Int Med 1993; 118: 587-92
- 13) Maloney J.P., Broeckel U. Epidemiology, Risk Factor, and Genetics of High Altitude-Related Pulmonary disease. , Clin Chest Med 26 (2005) 395-404
- 14) Murray and Nadels textbook of respiratory medicine, chapter 70 High altitude, p1651-73, Saunders Elsevier 2010
- 15) www.hoogtegeneeskunde.nl
- 16) Luks et al, travel to high altitude with pre existing lung disease, Eur resp Journal 2007; 770-92



Samenvatting proefschrift Annemieke Schuurhof

HOST RESPONSE TO RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS

GENETIC ASSOCIATIONS AND EFFECT ON DISEASE SEVERITY

Annemieke Schuurhof,
6 maart 2012, Universiteit Utrecht
Promotor prof. dr. J.L.L. Kimpen,
co-promotoren waren dr. L. Bont en
dr. R. Janssen

Het respiratoir syncytieel virus (RSV) is de meest voorkomende oorzaak van ernstige luchtweginfecties bij jonge kinderen. Bijna alle kinderen worden geïnfecteerd in de eerste twee levensjaren en 1-3% van alle kinderen moet worden opgenomen in het ziekenhuis. Genetische factoren spelen een rol in het risico op de ontwikkeling van een ernstige RSV infectie bij gezonde kinderen. In dit proefschrift is de functionele rol van eerder gepubliceerde genetische associaties tijdens een RSV infectie beschreven.

Na de herstelperiode van een ernstige RSV infectie ontwikkelt de helft van de kinderen een regelmatig terugkerende piepende ademhaling gedurende de kinderleeftijd. Het onderliggende mechanisme van het verband tussen een ernstige RSV infectie en terugkerend piepen is nog niet geheel duidelijk. Genetisch onderzoek kan verhelderen waarom sommige kinderen wel en andere kinderen geen terugkerend piepen krijgen.

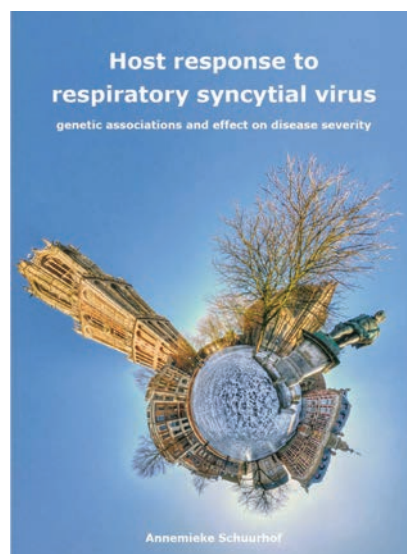
De belangrijkste bevinding van dit proefschrift is dat extracellulaire matrix

proteinasen zoals TIMP-1 en MMP-3 een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van RSV luchtweginfecties. Hiervoor hebben we de lokale immuunrespons in neusslijmaspiraten tijdens een RSV infectie bestudeerd bij kinderen met verschillende mate van ziekte ernst. Hiervoor werden kinderen vergeleken met een milde RSV infectie thuis, kinderen opgenomen in het ziekenhuis met een RSV infectie en kinderen met een zeer ernstige RSV infectie die daarvoor beademd moesten worden op een Intensive Care afdeling. De ontwikkeling, rijping en aanpassing van de longen in kinderen is een continu proces dat tijdelijk kan worden onderbroken door een RSV infectie. RSV veroorzaakt daarbij niet alleen een aanpassing van de longcellen die betrokken zijn bij gaswisseling, maar ook in de extracellulaire matrix (ondersteunend bindweefsel) van de longen.

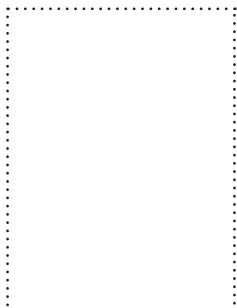
Verder is in dit proefschrift beschreven dat een hoge concentratie van interleukine-10 in neusslijm tijdens een RSV luchtweginfectie is geassocieerd met een verhoogd risico op terugkerend piepen. Bij 235 kinderen bepaalden we op het moment van opname in het ziekenhuis voor een RSV infectie het niveau van IL-10 in neusslijmaspiraten. In het eerste jaar na de RSV infectie ontwikkelden de kinderen met een hoge concentratie IL-10 tijdens de RSV

infectie meer terugkerend piepen in vergelijking tot kinderen met een lage concentratie IL-10 tijdens opname voor een RSV infectie.

In dierexperimenteel onderzoek lieten we zien dat vaccin-verergerde ziekte wordt gemedieerd door een verlengde aangeboren afweer reactie en Th2 polarisatie, terwijl de virale replicatie afwezig is bij muizen. Het blijkt dat genetisch onderzoek een complexe maar robuuste methode is om kennis over het ontstaan van RSV lagere luchtweginfecties te vergroten. Deze kennis helpt om nieuwe behandelingen te ontwikkelen voor één van de meest voorkomende ziekten tijdens de vroege kinderjaren.



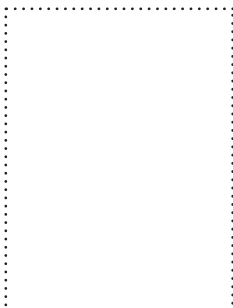
Kandidaat-leden



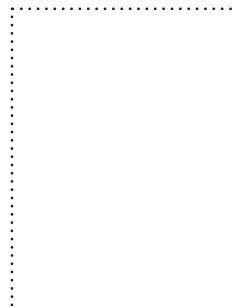
Wud Al-Kailany
AIOS, Universitair Medisch
Centrum Groningen



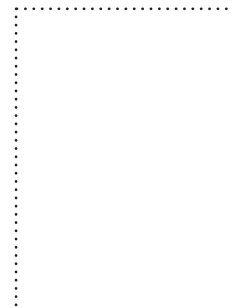
Annemarie van den Berg
AIOS, Haga Ziekenhuis,
Den Haag



Bregje ten Berge
AIOS, Erasmus MC, Rotterdam



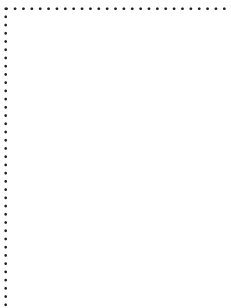
Farida Berkhof
AIOS, Isala Klinieken, Zwolle



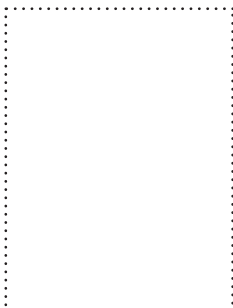
Ivonne ten Cate
AIOS, Medisch Centrum
Leeuwarden



Sebastiaan Denker
AIOS, Sint Franciscus
Gasthuis, Rotterdam



Daphne Dumoulin
AIOS, Catharina Ziekenhuis,
Eindhoven



Gea Helfrich
AIOS, Medisch Centrum
Leeuwarden



Daisy Janssen
Specialist ouderengenees-
kunde, Ciro Horn



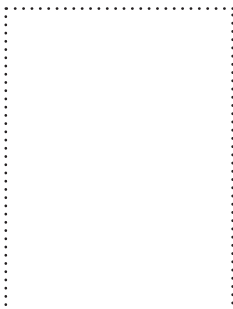
Stephan van der Kleij
AIOS, Amphia Ziekenhuis,
Breda



Margot de Koning Gans
AIOS, Haga ziekenhuis,
Den Haag



Helmi Kootstra
AIOS, Martini Ziekenhuis,
Groningen



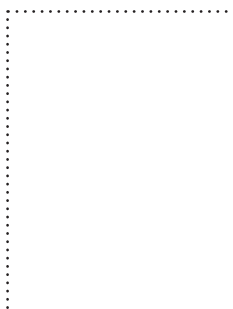
Lotte van Loenhout
AIOS, Antonius Ziekenhuis,
Nieuwegein



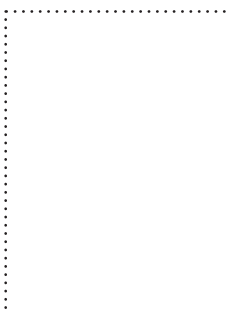
Akke-Nynke van der Meer
AIOS, Medisch Centrum
Leeuwarden



Suzan Nijman
AIOS, Medisch Centrum
Alkmaar



Janneke Ravensberg
Arts Longrevalidatie, Rijnlands
Revalidatie Centrum, Leiden



Janna Schoenmaekers
AIOS, Maastricht Universitair
Medisch Centrum



Christian Taube
Longarts, Leids Universitair
Medisch Centrum, Leiden



Pieter Toutenhoofd
AIOS, OLVG, Amsterdam



Eka Wongsodihardjo
AIOS, VUmc, Amsterdam

Nieuw benoemde longartsen

Laurence Crombag Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

David Dezaire Waarnemer, Aruba

Melanie Dubbers Sint Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein

Guido Epping Vlietland Ziekenhuis, Schiedam

Laurien Oswald Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag

Meintje Rijneveld - Guijt Bronovo Ziekenhuis, Den Haag

Alexander Schweers Laurentius Ziekenhuis, Roermond

Koen Smolders Diaconessenhuis, Meppel

Ivonne Wilting BovenIJ Ziekenhuis, Amsterdam

Nieuwe rustende leden

Bert Roldaan Haga Ziekenhuis, Den Haag

Overleden

Prof. dr. Hero Deenstra Bilthoven

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
OKTOBER 2012		
18	1	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
i.a.	2	Met Zorroo gezond de Wereld rond - Breda (NL)
6	3	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
i.a.	3	Management van bijwerkingen van EGFR-tyrosine kinase remmers bij longkanker - Rotterdam (NL)
3	4	VRE Wat moet je ermee? - Nijmegen (NL)
i.a.	4	WASOG (World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders) - North American Conference 2012 - Cleveland (US)
6	5	NVALT Ledenvergadering
20	7	The New York Dutch Lung Cancer Course - Manhattan (US)
i.a.	9	2e SONCOS Symposium - Laren (NL)
12	9	Advanced Life Support 2011 - Kolham (NL)
i.a.	11	4e VATS congres 2012 - Hoensbroek (NL)
2	11	Diagnostiek bij vermoeden van een afweerstoornis - Eindhoven (NL)
i.a.	12	COPD Ketenzorg - Ede (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)
3	15	More than lung cancer? Computed Tomography-based screening of the chest in heavy smokers. - Utrecht (NL)
30	17	Infectious Diseases Week (ID week 2012) - San Diego (US)
i.a.	18	20120515 Werkgroep longtumoren IKNL locatie Amsterdam (KP 212050_Henk Hummel) - Amsterdam (NL)
18	18	Congress/Scientific Symposium: Resuscitation / European Resuscitation Council (ERC 2012) - Wenen (AT)
	22	International Child TB Training Conference Course - Kaapstad (Z.Afr)
12	23	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
2	23	De huid als spiegel: infecties, koorts en vlekjes - Maastricht (NL)
18	25	ANZICS Intensive Care Annual Scientific Meeting 2012 - Adelaide (AU)
	25	ERS course Thoracic Imaging - Barcelona (SP)
4	25	MasterClass Allergologie voor de KNO-arts - Utrecht (NL)
2	29	COPD en hartziektes, Een gemeenschappelijk probleem - Weert (NL)
3	30	"Bedside Teaching": Nieuwste inzichten in management van invasieve Candida infecties op de IC - Overberg (NL)
i.a.	31	5e symposium "Nieuwe ontwikkelingen in de behandeling van NSCLC". - Leek (NL)
i.a.	31	Symposium Sarcoidose & IPF - Rotterdam (NL)
i.a.	31	Thuisbeademing Grensoverschrijdend - Maastricht (NL)
5	31	Transthoracale echografie - Amsterdam Zuid-Oost (NL)
NOVEMBER 2012		
4	1	Openings Symposium nieuwbouw Intensive en Medium Care St. Antonius Ziekenhuis 2012 - IJsselstein (NL)
6	2	COPD-netwerk: werk in uitvoering - 'Waar je ook gaat, daar adem je' - Heilig Landstichting (NL)
25	4	Schiermonnikoog MASTERCLASSIC 2012 - Schiermonnikoog (NL)
10	5	Transbronchiale en transoesofageale echo diagnostiek (EBUS en EUS) - Heidelberg (DE)
i.a.	6	Tumorwerkgroepvergadering Bronchuscarinomen - Maaseik (BE)
18	7	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	7	NVIC Echografie cursus 2012 - Lunteren (NL)
11	8	Masterclass Tuberculose - Rotterdam (NL)
12	13	Advanced Life Support 2011 - Kolham (NL)
6	14	Training MDS en KIIC volgens NICE/NVIC/NVICV - Utrecht (NL)
6	15	Nascholing Thoracoscopie door de longarts - Amsterdam (NL)
4	16	Visitatoren terugkombijeenkomst 2012 (Nationale Kwaliteitsvisitatie Intensive Care) - Amersfoort (NL)
4	16	Visitatoren training 2012 (Nationale Kwaliteitsvisitatie Intensive Care) - Amersfoort (NL)

Punten	Datum	Nascholing
NOVEMBER 2012		
12	20	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
8	22	Bronkhorst Colloquium Voorstudie
12	22	Bronkhorst Colloquium Veldhoven
2	22	Diagnostiek bij vermoeden van een afweerstoornis - Leiden (NL)
10	22	NVIC Mechanische beademingsdagen 2012 - Ede (NL)
	22	Thoracic Oncology - Berlijn (DE)
6	23	Symposium "Gamma Knife Center Tilburg: 10 years and 5000 patients later, Controversies in Radiosurgery" - Amsterdam (NL)
18	26	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
5	28	Transthoracale echografie - Amsterdam Zuid-Oost (NL)
DECEMBER 2012		
i.a.	6	Landelijke discussiebijeenkomst 2012 - Nieuwegein (NL)
12	11	NVIC Echografie cursus 2012 - Lunteren (NL)
18	12	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	12	Clinic "Interstitiële Longaandoeningen" - London (GB)
6	12	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
9	12	Topics in Intensive Care 2012 - Lunteren (NL)
i.a.	13	TOPICS Non-invasieve beademing - Leeds (GB)
6	14	6e Amsterdam Longchirurgie symposium; Trends in treatment - Amsterdam (NL)
18	17	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	18	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
JANUARI 2013		
16	10	Slaapcursus der Lage Landen deel 1 voor Artsen - Edegem (BE)
30	19	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congres (SCCM 2013) - San Juan (PR)
20	31	Bronkhorst Colloquium Blankenberge- BE
FEBRUARI 2013		
	8	5th International Meeting on Pulmonary Rare Diseases and Orphan Drugs - Milaan (IT)
i.a.	11	Tuberculosis for clinicians - Kaapstad (ZA)
24	12	International Conference on Continuous Renal Replacement Therapies (CRRT 2013) - San Diego (US)
	19	Multidisciplinair symposium Vitamine D - groeiend belang en bewijs - - Amersfoort (NL)
MAART 2013		
	8	Symposium TBC afd. Beatrixoord UMCG - Groningen (NL)
	10	Wengen op de wadden
	17	Op de Hoogte van Astma, van uncontrolled tot ernstig astma, 4de symposium
	21	Monitoring of Airway Diseases - Luik (BE)
12	25	Longartsenweek - Papendal Arnhem (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)

Punten	Datum	Nascholing
		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)
		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		"Post Congress TV ERS Highlights"
i.a.		"Webcast: Het 2de Zeister Longsymposium - Astma: écht geen probleem meer?"
1		"Webcast: Symposium Longziekten - Veranderingen in de Zorg en Research"
1		Behandeling van huiduitslag bij EGFR remmers
1		Collegetour Longcarcinoom: het belang van moleculaire diagnostiek
1		Collegetour: behandeling van het niet-kleincellig longcarcinoom
i.a.		Geneesmiddeleninteracties bij longcarcinoom. Aflevering 3: Chemoradiotherapie.
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?
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