

PULMO

Script

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT
JAARGANG 23, NR. 4 DECEMBER 2012



COVERSTORY

vuurwerk als long-cocktail

LAN

trendbreuk noodzakelijk

IN MEMORIAM

prof. dr. Hero Deenstra

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. Vlug

Uiterste datum voor insturen kopij
nr. 1: 15 februari 2013

PulmoScript verschijnt eenmaal
per kwartaal in een oplage
van 1150 exemplaren.

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

Van Engelen - tekst, vormgeving en
drukwerkadviezen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



04 VOORWOORD

Bestuur

- 05 Vanuit het bestuur
- 06 Bestuurswerkzaamheden
- 07 Notulen huishoudelijke NVALT vergadering 5 oktober 2012
- 15 Het synergetraject

Vanuit de Sectie Assistenten

- 16 HERMES Summerschool

Vanuit de VvAwT

- 17 Programma Studiedagen VvAwT

Cover story

- 19 Vuurwerk als long-cocktail, Jos Rooijackers

Rubrieken

- 21 Longen digitaal: app doelmatig voorschrijven
- 22 Opleiding in de kijker: Atrium Medisch Centrum Heerlen
- 24 Pulmonaal Portret: Albert van der Heijden

Nascholing

- 29 Samenvatting proefschrift Linda Härmak
Lareb Intensive Monitoring, een nieuwe manier om informatie over
bijwerkingen te verzamelen
- 30 Samenvatting proefschrift Merel Hellemons
Prediction and Prevention of Chronic Renal Impairment in High-Risk
Populations Type 2 Diabetes, Hypertension & Lung Transplantation
- 31 Samenvatting proefschrift Rémy Mostard
Assessment of inflammatory activity in sarcoïdosis

En ook...

- 26 LAN: Trendbreuk noodzakelijk in aanpak chronische longziekten
- 28 'Stoppen met roken
Vanuit het secretariaat
- 28 • Vooraankondiging jubileum 26 maart
- 20 • Afwezigheid kerstvakantie

Personalia

- 33 In memoriam prof. dr. Hero Deenstra
- 34 Kandidaat-leden
- 34 Nieuw benoemde longartsen
- 34 Nieuwe rustende leden

35 Congresagenda

Geachte lezer van PulmoScript,

Voor u ligt alweer de laatste editie van het jaar. Direct valt u op dat dit voorwoord wordt geschreven door een nieuwe wetenschappelijk secretaris. Zoals u wellicht weet zal Yvonne Heijdra per 1 april 2013 Geert-Jan Wesseling opvolgen als voorzitter van de NVALT. Aan mij is gevraagd of ik het stokje van haar wil overnemen als wetenschappelijk secretaris. Ik beschouw het als een grote eer en ik zal mijn best doen deze functie zo goed mogelijk uit te voeren. Yvonne, we kennen elkaar goed vanuit mijn promotietijd. Ik verheug me erop met jou en de andere leden van het bestuur samen te werken de komende tijd!

We kunnen terugkijken op een goed bezochte najaarsvergadering. Zowel tijdens de wetenschappelijke als de huishoudelijke vergadering was er een levendige discussie. Deze keer waren de infectieziekten aan de beurt als thema van de wetenschappelijke vergadering. Het resulteerde in een mooie bundeling van actuele onderwerpen. De keuze een werkgroepvergadering samen te laten vallen met de najaarsvergadering, en hiermee het thema van de dag te bepalen, lijkt een goede beslissing te zijn geweest. In ieder geval stimuleert het om zo door te gaan.

De omslag van deze editie lijkt heel vanzelfsprekend te zijn, gezien de tijd van het jaar. Toch is deze illustratie niet voor niets gekozen. Met alle hierbij passende kruitdampen, wil ik graag uw aandacht vragen voor stuk van Jos Rooijackers over fijnstof en vuurwerk. Fijnstof is een actueel onderwerp. Wij krijgen er als longartsen steeds meer mee te maken, zowel op individueel patiënten-niveau als op maatschappelijk niveau. Jos spits het op een zeer leeswaardige wijze toe.

Zoals u zich kunt voorstellen omvatten de werkzaamheden van de NVALT vele uiteenlopende zaken. Het bestuur is zich ervan bewust dat veel van deze werkzaamheden doorgaans buiten uw gezichtsveld blijven. Als nieuw initiatief in PulmoScript zullen bestuursleden u periodiek op de hoogte gaan stellen van de lopende zaken. Geert-Jan Wesseling zal u in 'Bestuurswerkzaamheden' voor het eerst op deze manier bijpraten. Dit nieuwe initiatief valt alleen maar toe te juichen. Hopelijk wordt het een rubriek die regelmatig in PulmoScript terug zal keren. In de vorige editie van PulmoScript heeft u al kennis kunnen nemen van een andere nieuwe rubriek; 'het Pulmonaal Portret'. De vorige keer werd Bart Oppedijk geïnterviewd, deze keer komt Albert van der Heijden aan het woord.



Ook nu hebben we voor u weer een aantal samenvattingen van proefschriften. Hulde! Op compacte wijze worden ze voor u beschreven door de betreffende promovendi zelf. Rémy Mostard heeft laten zien hoe het inschatten van de inflammatoire respons, bijvoorbeeld middels PET scan, van klinisch belang is bij sarcoïdose. Linda Härmark heeft onderzoek gedaan naar de Lareb Intensive Monitoring, een nieuwe manier om informatie over bijwerkingen te verzamelen en Merel Hellemons op haar beurt beschrijft een nefrologisch onderwerp met raakvlakken met de pulmonologie; de nierfunctieachteruitgang na longtransplantatie. In de rubriek 'opleiding in de kijker' wist het UMCG vorige keer te beweren dat er niets boven Groningen gaat. We gaan nu naar het zuiden. Eens kijken wat Heerlen ons te vertellen heeft. Graag willen we ook aandacht besteden aan het overlijden van ons erelid collega Deenstra. We wensen zijn naasten veel sterkte toe. Hij werd in 1958 benoemd tot buitengewoon hoogleraar in "De leer der longziekten". Collega Huidekoper geeft een terugblik op zijn leven.

Ook besteden we aandacht aan ontwikkelingen bij de Long Alliantie Nederland (LAN), zoals u weet is dit de overkoepelende instantie voor chronische longaandoeningen. De LAN heeft onlangs een petitie aangeboden aan de tweede kamer waarin zij erop wijst dat er een trendbreuk noodzakelijk is om de juiste aandacht te krijgen voor chronische longziekten. Het is goed dat u weet dat dit plaats gevonden heeft, mede gezien het feit dat de NVALT één van de deelnemende verenigingen is binnen de LAN.

Ik heb zo enkele van de leeswaardige stukken aangestipt, maar deze PulmoScript bevat zoals gebruikelijk nog veel meer. Ik wens u veel leesplezier in het feestelijke laatste deel van het jaar!

Folkert Brijker,
wetenschappelijk secretaris

Vanuit het bestuur

Dit stukje van het bestuur staat in een editie van PulmoScript die weer afgeladen vol is en getuigt van alles dat er speelt in onze respiratoire wereld. Samenvattingen van zeer lezenswaardige proefschriften, een update van het Synergie traject, zijnde de voorgenomen vorming van een federatie van wetenschappelijke verenigingen en in het kader daarvan het verdwijnen van de Orde van Medisch Specialisten zoals we die nu kennen, agenda's en verslagen en een stukje van de hand van Albert van der Heijden. Voor mij extra de moeite waard omdat mijn carrière in de longziekten begon als coassistent in de Mariastichting, waar Albert toen de zaalarts was.

U wist natuurlijk al dat Yvonne Heijdra inmiddels de vicevoorzitter van de NVALT is, en in juni 2013 het voorzitterschap van me zal overnemen. Wat u mogelijk nog niet wist is dat Folkert Brijker Yvonne heeft opgevolgd als wetenschappelijk secretaris van de NVALT, iets waarover ik zeer verheugd ben.

Wat u niet terug vindt is een update van de totstandkoming van ons meerjaren beleidsplan. U weet wel, het stuk van de torens en de penthouses. Daarom daarover hier meer.

Eerder dit jaar werd over dit onderwerp een invitational conference georganiseerd waar velen van u met ons hebben gediscussieerd over de door ons gepresenteerde gedachten.

Naar aanleiding daarvan heeft het bestuur de werkgroepen van de NVALT verzocht om na te gaan welke deelgebieden in aanmerking zouden kunnen komen om als aandachtsgebied verbijzonderd te worden. Een aantal werkgroepen heeft aan dat verzoek gehoor geven, andere bezinnen zich nog op een reactie. Ook zijn er suggesties gedaan voor nieuwe initiatieven die in dit verband ontwikkeld zouden kunnen worden.

Los daarvan is door verschillende leden bezorgdheid geuit over wat ik nu maar even de longgeneeskundige basiszorg zal noemen. Een aantal van u verkeert in de veronderstelling dat ook in de toekomst alles overal zal moeten kunnen. Dat is nu al niet meer zo, en dat zal in de toekomst nog minder het geval zijn. Dat laat onverlet dat iedere patiënt in ieder ziekenhuis aanspraak zal moeten kunnen blijven maken op initiële opvang, op diagnostische verrichtingen, bijvoorbeeld tot het eerste MDO en op behandeling van de meeste longaandoeningen. De opleidingseisen voor het specialisme longziekten en tuberculose beschrijven dat geheel nu reeds op adequate wijze en ieder van ons heeft zich ooit die bekwaamheden eigen gemaakt en is ervoor verantwoordelijk om die op peil te houden.

Het is evenwel onze stellige overtuiging dat kwalitatief hoogwaardige zorg en verdieping van het specialisme alleen mogelijk zal zijn als keuzes worden gemaakt. Keuzes in wat op enige plek nadere verdieping behoeft teneinde het hoofd te bieden aan de eisen van de tijd, en keuzes in wat beter ergens anders tot verdere bloei kan worden gebracht. In academische centra zijn die bewegingen overigens al enige tijd zichtbaar. De certificering van zowel de basiscompetenties als de competenties die samenhangen met de verdiepinggebieden zal in de reguliere visitaties dienen te worden geïncorporeerd.

Verder zijn de collegae Molema en Ten Velde verzocht om de inventarisatie te maken van alle beschikbare cursussen, nascholingen en dergelijke. Niet om als NVALT de organisatie daarvan over te nemen, maar om zicht te hebben op wat er al is, en derhalve ook op wat er nog bij moet komen.

Medio december heeft het bestuur aan dit onderwerp een extra vergadering gewijd.

Naar verwachting zullen begin volgend jaar de volgende stappen in dit proces worden gezet en zullen de eerste verdiepinggebieden worden benoemd en verder worden uitgewerkt. U wordt daarvan vanzelfsprekend nauwgezet op de hoogte gehouden.

Tot slot nog enkele opmerkingen over het nationaal actieprogramma chronische longziekten. Dat is een initiatief van de LAN, dat is uitgewerkt in de zin van een vijftal concrete doelen. De LAN heeft bij de politiek veel belangstelling getroffen voor dit programma, het is nu aan het veld om één en ander te concretiseren. Bijvoorbeeld door zorgvuldiger om te gaan met inhalatiemedicatie of door de zorg rondom COPD exacerbaties zodanig te optimaliseren dat de mortaliteit ervan kan worden teruggedrongen. Ook daarover begin 2013 meer.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van deze editie van PulmoScript.



Geertjan Wesseling
Voorzitter NVALT

Bestuurswerkzaamheden

Zoals u weet is het bestuur werkzaam op vele terreinen. Om inzicht te geven in een aantal lopende zaken publiceren wij voortaan een selectie hiervan in PulmoScript.

Nationaal actieprogramma chronische longziekten

De laatste maanden heb ik me als voorzitter van de NVALT veel bezig gehouden met het nationaal actieprogramma chronische longziekten, waarover u eerder reeds werd geïnformeerd, de kwaliteitsindicatoren astma en COPD, de toekomstvisie van de LAN, het beleidsplan van de NVALT, en de scholing en nascholing.

Het nationaal actieprogramma kent een looptijd van vijf jaar en heeft de volgende vijf doelen:

- Doel 1: 25% minder opnamedagen in het ziekenhuis door astma en COPD
- Doel 2: 15% vermindering verloren werkdagen door astma en COPD
- Doel 3: 20% meer rendement van inhalatiemedicatie
- Doel 4: 25% minder kinderen onder de 18 jaar die beginnen met roken
- Doel 5: 10% minder doden door astma en COPD.

Vooral bij de doelen 1 (Kerstjens), 3 (Dekhuijzen) en 5 (Wesseling) spelen we als longarts een voorname rol. Op 7 december werd aan dit NAPCL een invitational conference gewijd waar het voltallige DB van de NVALT bij aanwezig was.

Voor de toekomstvisie van de LAN is van belang dat ik geadviseerd heb om slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen wel als thema binnen de LAN door te ontwikkelen, en longkanker niet.

De reden daarvoor is dat binnen de LAN belangrijke partners in de zorg voor slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen verenigd zijn, waarmee we die zorg verder op de kaart kunnen zetten.

Synergietraject

De voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen hebben de intentie uitgesproken om een federatie aan te gaan met voorlopig als voornaamste ambitie het intensiveren van de huidige samenwerking. Verderop in deze PulmoScript leest u hier meer over.

Geertjan Wesseling



5 oktober 2012 te Utrecht

Notulen ledenvergadering NVALT

Aanwezig (getekend op presentielijst: 80)

1. Opening

De voorzitter opent de vergadering om 14.30 uur.

2. Voorstellen kandidaat-leden

Er zijn afmeldingen binnengekomen van: Bregje ten Berge, Daisy Janssen, Suzan Nijman, Janneke Ravensberg en Eka Wongsodihardjo.

Aanwezig zijn: Sebastiaan Denker, Sint-Franciscus Gasthuis, Annemarie van den Berg, Haga Ziekenhuis, Margot de Koning Gans, Haga Ziekenhuis, Farida Berkhof, Isala Klinieken, Lotte van Loenhout, St. Antonius Ziekenhuis, Ivonne ten Cate, Medisch Centrum Leeuwarden, Gea Heldrich, Medisch Centrum Leeuwarden, Akke-Nynke van der Meer, Medisch Centrum Leeuwarden.

3. Mededelingen vanuit het Bestuur

Wesseling

- De voorzitter vraagt een moment stilte om het overlijden van erelid prof. Deenstra en collega Rutgers te herdenken.
 - Er is een synergieproject vanuit de orde bezig dat erop gericht is om de Organisatie van Medisch Specialisten zodanig te veranderen dat de rol van de wetenschappelijke verenigingen veel herkenbaarder wordt. Het betreft een gedachtevorming over de organisatie van medisch specialisten in Nederland. Op dit moment is de Orde van Medisch Specialisten een instituut waarvan individuele leden lid zijn. De meeste besluitvorming vindt nu plaats binnen het traject van de wetenschappelijke verenigingen. Minder dan 50% van de medisch specialisten is momenteel lid van de Orde. Gisteravond is het principebesluit genomen dat de Orde zal worden opgeheven en dat er een nieuw samenwerkingsverband –federatie– zal ontstaan waarin de wetenschappelijke verenigingen zijn samengevoegd. Voordelen daarvan zijn dat beslissingen gezamenlijk binnen het samenwerkingsverband genomen kunnen worden. Alle leden van de Wetenschappelijke Verenigingen zullen ook lid zijn van dat samenwerkingsverband. Specialisten die nu geen lid zijn van de Orde zullen op de een of andere manier zodanig gemotiveerd moeten worden dat ze lid worden van het samenwerkingsverband wetenschappelijke verenigingen nieuwe stijl. Discussie is nu nog wat dat betekent voor de autonomie van de wetenschappelijke verenigingen. Politiek was het tot nu toe zo dat de Orde voor een minderheid van de medisch specialisten optrad.
- De oprichting van deze federatie kan de positie van specialisten versterken. Het traject zal nu verder worden ingezet.
 - Deze week is het rapport de Medisch Specialist van 2015 gepresenteerd. Dit is een leesbaar rapport en staat op de website van de Orde.
 - De Long Alliantie Nederland heeft een nationaal actieprogramma chronische longziekten gestart, waarbij 5 speerpunten zijn geïdentificeerd. Terugdringen van het aantal ziekenhuisopnames voor astma en COPD (betrokkenheid van Kerstjens), terugdringen van werkverzuim ten gevolge van astma en COPD, terugdringen van de mortaliteit ten gevolge van Astma en COPD (Wesseling), het rendement van inhalatiemedicatie (Dekhuijzen) en het terugdringen van het aantal jonge mensen dat gaat roken. Daarover is inmiddels een discussienota verschenen die op 7 december tijdens een Invitational conference zal worden besproken. De werkgroep COPD zal ook aan deze Invitational deelnemen. Bij 3 van de 5 doelen zullen de longartsen een grote rol spelen.
 - In juni is een Invitational COPD gehouden. Een verslag daarvan is vastgesteld door het Bestuur. Uit dit verslag zijn 2 concrete speerpunten gedestilleerd, nl. eenheid van beleid bij verwezen patiënten met COPD en eenheid van beleid bij patiënten met een matige en ernstige COPD exacerbatie. De werkgroep COPD zal aanbevelingen doen om eenheid van beleid op die 2 speerpunten te bereiken.
 - Er is een samenwerking met I-Pulmonologist. Op de site van de NVALT staat een link met I-Pulmonologist. Deze uitgeverij heeft zich gespecialiseerd in internetjournalistiek. Zij kunnen een medium bieden voor intensivering van de communicatie binnen de verenigingen. Er zal naar verdere intensivering van de samenwerking worden gezocht. Daarbij kan gedacht worden aan de implementatie van de richtlijnen, denk daarbij ook aan een patiënten-portal. Op dit moment zoeken zij per item eigen financiering. Afstemming hierover vindt plaats met het Bestuur.
 - Een van de firma's heeft gevraagd of zij een App voor een smoelenboek mogen maken. Hierover wordt verder nagedacht.
 - Wesseling en Heijerman hebben een gesprek met Achmea gehad v.w.b. de CF-zorg. Achmea stelde vast dat er grote verschillen waren in CF-zorg in Nederland tussen centra en ziekenhuizen die CF-patiënten behandelen. Achmea wil de DBC-CF alleen nog maar inkopen bij patiënten die behandeld worden in een centrum. Indien een CF-patiënt een pneumothorax krijgt hoeft hij niet naar een centrum,

er dient alleen overleg met het CF-centrum te zijn. Het ziekenhuis kan deze pneumothorax gewoon declareren als een pneumothorax. Smeenk vraagt zich af hoe het met de shared care-modellen zit. Wanneer men als satelliet ziekenhuis met het centrum gaat onderhandelen over de vergoeding voor de geleverde prestatie, ook voor andere ziektebeelden, is dit misschien wel een opmaat voor veel extra werk. Wesseling merkt op dat voor de 18-plussers er minder dan 20 patiënten in shared care zijn. Bijna alle patiënten worden voor het totaal van hun zorg alleen maar in een centrum gezien. Dit is in tegenstelling met de situatie bij kinderartsen, omdat zij veel meer te maken hebben met shared care.

- Normering concept Oncologische Zorg. Er zijn verschillende commentaarondes geweest. Een van de commentaren was de positionering van wetenschappelijk onderzoek als onderdeel van oncologische centrumzorg. Wesseling benadrukt dat dit niet alleen geldt voor de pulmonale oncologie maar geldt voor de hele oncologische zorg in een ziekenhuis. Alle wetenschappelijke verenigingen hebben met deze bepaling ingestemd. Ten Brinke merkt op dat de formulering anders zou moeten zijn. Een artikel per jaar zou eruit moeten en vervangen worden door participeren in wetenschappelijk onderzoek. De inkluderende centra moeten in de acknowledgement worden vermeld. De aanwezigen stemmen in met het Soncos-stuk. Smeenk is van mening dat de NVALT ook zou moeten deelnemen als longoncologen in de SONCOS. Pennings vult aan dat de deelname aan wetenschappelijk onderzoek al geaccordeerd is in de Richtlijn kleincellig longcarcinoom.
- De contributie voor de aios die bezig zijn met de vooropleiding voor de longziekten zal verlaagd worden naar € 35,-.
- Er wordt al een tijd gewerkt aan de richtlijn Interstitiële longziekten. Inmiddels is er ook een BTS richtlijn en een ATS-ERS richtlijn in ontwikkeling waarvan een concepttekst circuleert. Het Bestuur heeft met de Commissie Richtlijnen en de schrijvers van de richtlijn afgesproken dat zij voortvarend met een positionpaper zullen komen. De volgende ledenvergadering zal deze tekst aan u voorgelegd gaan worden.
- In de zorgstandaard COPD 2010 is het begrip ziektelast geïntroduceerd. Er zijn initiatieven gestart om een ziektelastmeter te ontwikkelen waarmee je lichte, matige en ernstige ziektelast COPD kunt objectiveren. Van Schayk heeft daar een concept voor gemaakt dat op dit moment van commentaar wordt voorzien. Op korte termijn zal een beroep op de longartsen worden gedaan om te gaan experimenteren met deze ziektelastmeter.
- De kosten voor de kwaliteitsvisaties. De SKMS zal deze kosten in de toekomst niet blijven vergoeden. Er zijn 3 mogelijke oplossingen voor het dragen van deze kosten:

a. verhoging van de contributie, b. de rekening gaat naar de maatschap en c. de rekening gaat naar het ziekenhuis. Wanneer de rekening naar het ziekenhuis gaat kan dat betekenen dat men de zeggenschap over het rapport verliest. Smeenk merkt op dat de kosten ook verdeeld zouden kunnen worden bij deels het ziekenhuis en deels de maatschap.

- Omalizumab. Er is een terugbetalingsregeling afgesproken met de farmaceut, dit is ook door CVZ vastgesteld. Deze regeling bestaat uit 2 onderdelen: a. een gestandaardiseerde evaluatie bij de start van het medicament en b. een gestandaardiseerde beoordeling van de effectiviteit na 16 weken. Hiervoor zijn formulieren opgesteld. Overeengekomen is dat als men zich houdt aan de afspraken het middel beschikbaar blijft en als na 16 weken blijkt dat het middel niet voldoet aan de verwachtingen, dan zal de firma de kosten van het middel terugbetalen. Per ziekenhuis moet dit wel een contract met Novartis worden vastgelegd.
- De Commissie Accreditatie wordt versterkt met 2 nieuwe leden Giny Clappers en Sander de Hosson. Wiel de Lange blijft voorlopig nog één jaar als voorzitter aan. De voorzitter dankt de Lange voor al zijn werkzaamheden.

Pennings

- De ERS is een belangrijk gremium naar het Europees Parlement toe om de importantie van chronische longziekten in Europees verband aan de orde te krijgen. Niet alleen voor financiering voor onderzoek maar ook voor uniformering van opleidingseisen en onderlinge uitwisselbaarheid van longartsen binnen Europa. Liesbeth Bel is President elect voor de ERS, Peter Sterk is onze national delegate. De ERS-roadmap voor longziekten wordt op dit moment uitgezet. Er wordt gewerkt aan een Europees curriculum voor longartsen. Het smoke-free partnership is een belangenorganisatie vanuit de ERS en werkt samen met de werkgroep tabaksverslaving. In 2013 zal het Europese facts and figures van de longziekten het licht zien, dit is de tweede versie van het Lung white book. Morgen doen 125 Nederlandse aios het Hermes-examen.

4. Mededelingen vanuit de Projectgroep DBC's/ DOT

- Personele bezetting Remco Djamin en Pascal Wielders hebben de Projectgroep verlaten. De nieuwe samenstelling is als volgt:

Steven Drevers
Gregor Mannes
Koen Liesker
Hans van Helmond
Hans Grotjohan
Nicole Hekelaar
Ton Kuyten

Onderwerpen van vandaag:

- verandering productstructuur (bomen)
- herijking normtijden, normtijdentool
- specialisme specifieke budget van BKZ
- DOT tarieven 2013

Nieuwe ontwikkelingen

- Vernieuwing productstructuur release 2013
- longrevalidatie producten
- longtransplantatie producten

- ontclustering oncologische producten
- Verandering afsluitregels oncologie
 - afsluitmoment 1 dag voor start van medicinale oncologische behandeling

Nieuwe zorgactiviteiten codes per 2013

Longtransplantatie
 Longrevalidatie
 Begeleiding radiotherapie 039897

Casus afleiden

Selecteer XML Reset

Specialisme: 0322: longziekten
 Zorgtype: 11: Reguliere zorg
 Zorgvraag:
 Diagnose: 0322.9906: Longrevalidatie
 Leeftijd: 50
 Geslacht: Man

Polikliniek Dagbehandeling Kliniek

Zorgactiviteit	Aantal
193011: Poliklinische longrevalidatie	1
192963: Screening (cefentherapie).	1
039679: Teambespreking.	1
190012: Polikliniekbezoek, niet zijnde een eerste polikliniekbezoek	1

Casus afleiden

219799015 : Longrevalidatie | Teambespreking met FIT-module met (para)medische ondersteuning | Overig circumcisie/hart- en longrevalidatie

Casus afleiden

Selecteer XML Reset

Specialisme: 0322: longziekten
 Zorgtype: 11: Reguliere zorg
 Zorgvraag:
 Diagnose: 0322.2201: Begeleiding longtranspl
 Leeftijd: 50
 Geslacht: Man

Polikliniek Dagbehandeling Kliniek

Zorgactiviteit	Aantal
039214: Begeleiding longtransplantatie ontvanger.	1
190012: Polikliniekbezoek, niet zijnde een eerste polikliniekbezoek	1

Casus afleiden

979001148 : Beschouwende specialismen | Begeleiding hartlong- / longtransplantatie | Licht ambuland | Hartoperatie/hart-/longtransplantatie

Zoekmogelijkheden

Kies zorgproduct(groep): 218799: Overige contacten gezondheidszorg

Of zoek zorgproduct: 219799015

Of zoek met boom parameters: Zorgactiviteitscode

Of simuleer een eigen casus: Casus afleiden

Detailinformatie

219799: Overige contacten gezondheidszorg
 Contact ivm specifieke verrichtingen/ andere zorg

Zorgproduct

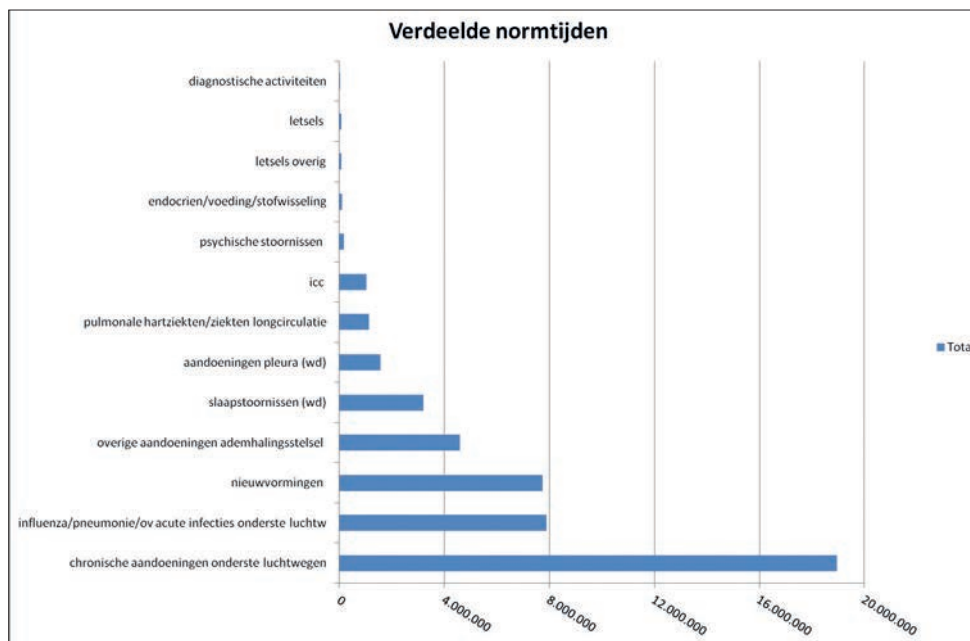
Longrevalidatie | Teambespreking m
 Code: 219799015
 Ultra/product: Niet
 Mutaties tov vorige: Nieuw
 Tarief zorginstelling: n.v.s.
 Tarief poorter: € 144,37
 Tarief ondersteuner: n.v.s.
 Diagnosticcodes: 190727
 Segment: B
 Boornood: LLRLR
 Aanspraakbeperking: Niet

Profiel

Zorgmedicatiegroep

Hernormering DOT producten

- Normtijdentool
- Herijken normtijden 2013
- NZa berekent nieuwe tarieven (binnen beheersmodel)
- Convenant tot 2015 budgetkaderzorg +2.5%



Honorariumtarieven 2013

- Specialisme specifieke budget voor longziekten vrijgevestigd stijgt van 70 naar 75 miljoen (+ 7.7 %)
- Productie/volume kant ook toegenome
- Tariefberekening ingewikkeld, gewogen verdeling over DOT producten.

Dot honorarium tarieven 2013

- T.o.v. 2012 in zijn algemeenheid lagere tarieven - 5%
- Sommige tarieven omhoog zoals astma reden?
- Protest aangetekend bij NZa
- Nader overleg met DBC-onderhoud op korte termijn

5. Mededelingen vanuit het Concilium

Er komt een aanpassing van het specifiek besluit longziekten per 1 januari 2014. Dit betekent dat er vanaf die datum een verplicht academisch- en een verplicht niet academisch deel van de opleiding moet zijn. Bij voorkeur een half jaar met een marge van 3-12 maanden. Daarvoor is het wel nodig dat deze verschillende opleidingsonderdelen zijn opgenomen in de diverse opleidingsplannen. Het Concilium heeft het afgelopen jaar gekeken naar de knelpunten bij de toepassing van het Landelijk Opleidings Plan. Daarvoor zijn alle opleiders, assistenten en werkgroepen benaderd. Er waren maar erg weinig specifieke punten die daarbij naar voren kwamen. Er blijven wel wat vragen over zoals of de thoracoscopieën en EUS/EBUS onderdeel moeten zijn van de

basisvaardigheden van de longarts, of dat dat in de verschillende aandachtsgebieden moet worden opgenomen.

Het Concilium is bezig met het opstellen van meer objectieve criteria voor het vaststellen van de maximale opleidingscapaciteit per instelling.

In het kader van de bezuinigingen heeft het Ministerie reeds aangekondigd dat er binnen de opleiding bezuinigingen gaat worden. Daartoe is onlangs het IBO-rapport verschenen. Deze bezuinigingen zijn 3-ledig: a. de aios moeten een deel van de opleiding zelf betalen; deze bezuiniging lijkt voornamelijk van de baan te zijn, b. het korten op de opleidingsgelden; het plan is om deze terug te brengen tot het niveau van wat de academische centra krijgen voor de opleiding (Voor het komende jaar is besloten dat er een 2% korting zal

zijn op de opleidingsgelden), c. bedreigender is waarschijnlijk het verkorten van de medische vervolgoedingen. Men heeft hiervoor gekeken naar de Europese minimumeisen en overweegt deze als norm te hanteren.

De beperking van de instroom op basis van capaciteit. Dit jaar komt er een nieuwe capaciteitsraming door het capaciteitsorgaan. Het ministerie heeft al aangekondigd dat, in tegenstelling met wat tot nu gebruikelijk was, voor de komende jaren zal gelden dat men niet meer de bovenste lijn van de bandbreedte zal toekennen.

6. Mededelingen vanuit de Commissie Richtlijnen Brijker geeft een algemene voordracht over de richtlijnen:

Tijden zijn veranderd

- Werkveld van commissie is verschoven: van ontwikkeling *nieuwe richtlijnen* naar *beheer onderhoud bestaande richtlijnen*
- In toenemende mate, verschillende soorten documenten te herkennen:
 - Status document (NL richtlijn, int. richtlijn, 'position paper' etc.)
 - Ontwikkeling in de tijd per specifieke richtlijn
 - Specialisme overstijgende aspecten

Vorstel wijziging weergave op NVALT site

- **Huidige weergave:**
 - Indeling per thema
 - Bij iedere richtlijn reeds datum van publicatie
 - Daarnaast verwijzing naar overige richtlijnen websites
- **Voorgestelde nieuwe weergave:**
 - Handhaven indeling per thema, met publicatiedatum, maar met toevoeging status: *originele versie, herzien of vervallen*
 - Verwijzing naar andere sites ongewijzigd
 - Nieuw: andere documenten apart herkenbaar toevoegen: *'overige relevante richtlijnen'*

Er heeft niemand bezwaar tegen de voorgestelde indeling. Jukema voegt nog toe dat de richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen ook op de website van de kwaliteitskoepel staan. Goed overleg met de kwaliteitskoepel is gewenst.

Bespreken en autoriseren van de richtlijn diagnostiek en behandeling van Ernstig Astma

Richtlijn diagnostiek en behandeling van ernstig astma
 Els Weersink, Liesbeth Bel, Anneke ten Brinke, Gert Jan Braunstahl, Lous Rijssenbeek, Bert Roldaan.
 Teus v Barneveld, adviseur Orde van Medisch Specialisten

Inhoud

- Definitie van ernstig astma Hoofdstuk 2
- Diagnostiek Hoofdstuk 3
- Aanvullende behandeling Hoofdstuk 4
- Controle en monitoring Hoofdstuk 5
- Expertise centra Hoofdstuk 6

Hoofdstuk 2-3

definitie en diagnostiek

moeilijk behandelbaar astma ≠ ernstig astma

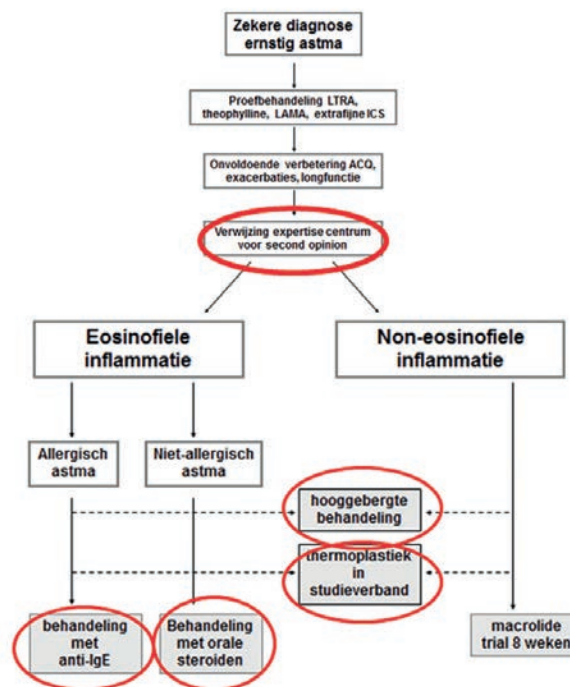
Figuur 3.1: Checklist

Tabel 3.2: Aanvullend onderzoek

Tabel 3.3: co-morbiditeit bij ernstig astma

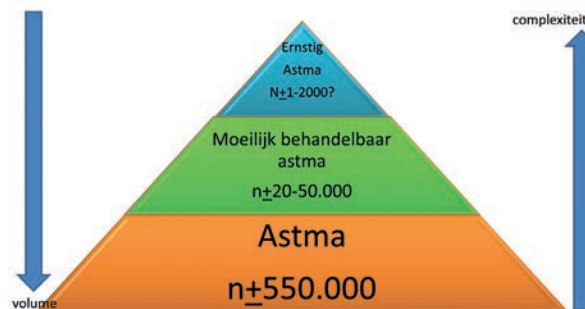
Zes maanden intensieve begeleiding? → JA → Diagnose Ernstig Astma

Aanvullende behandeling

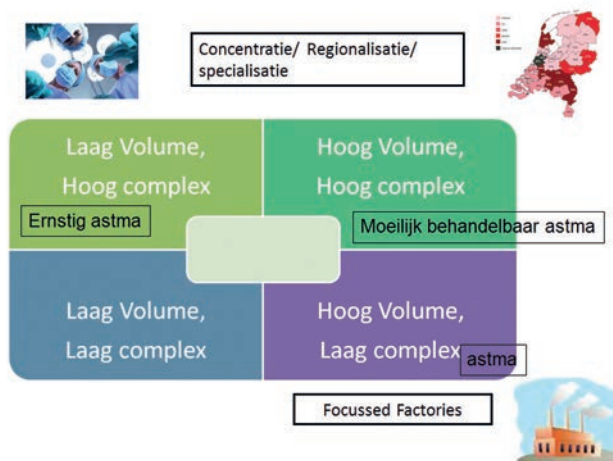


Organisatie van zorg rondom ernstig astma

Ernstig astma; weinig patiënten!



Zorg is aan het verschuiven



Rapportenstroom

- RVZ 2011: Medisch specialistische zorg 20/20
- Convenant NVZ, ZN, VWS 2011 met daarin afspraken over concentratie en spreiding
- Diverse WV 2011/12: Normen complexe zorg
- Regieraad 2012: Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg
- OMS & WV 2012: Concept advies/standpunt concentratie acute zorg
- Plexus/KPMG/VWS feb 2012: Waardecreatie in de zorg

Concentratie van zorg nodig!

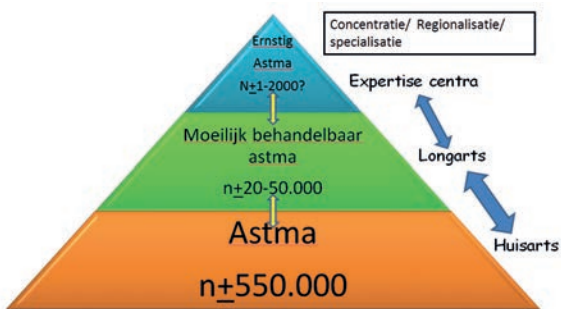
Voor zeldzame (chronische) ziekten (hoog complexe zorg met een laag volume) geldt dat concentratie van zorg (en kennis) noodzakelijk is.

Raad v de Volksgezondheid en Zorg, sept 2011

Organisatie van zorg voor astma in Nederland

- Astmazorg huisarts, zie NHG standard
- Astmazorg longarts
 - moeilijk behandelbaar astma
 - Checklist → ernstig astma
↓ JA
 - Verdere beoordeling en behandeling in nauw overleg met een regionaal astma expertisecentrum
- Vormt samen: Zorgstandaard Astma

Organisatie van zorg voor astma in Nederland



Voordelen centrumzorg

De voordelen die genoemd zijn voor het centraal aanwijzen van centra op basis van criteria zijn:

- Aanwijzen leidt tot erkenning van de gespecialiseerde kennis, de zorg en het onderzoek;
- Aanwijzen leidt tot transparantie, betere verwijzing door behandelaars, onderzoek, duidelijkheid van het inkoopbeleid voor verzekeraars en verbetering van kwaliteit van zorg;
- Aanwijzen (en monitoren) leidt tot duurzaamheid en kwaliteitscontrole;
- Aansluiting bij Europese consortia van expertisecentra

Concept nationaal plan zeldzame ziektes, augustus 2012

Regionaal astma expertisecentrum

- (regionale) samenwerking gezamenlijk streven naar:
 - vergroting kennis
 - innovatiekracht,
 - onderzoeksnetwerken
 - top kwaliteit patiëntenzorg

WANT

- zorglandschap is hard aan het veranderen,
- concentratie en regionalisatie van zorg zijn:
 - (politieke) thema's die niet meer weg te denken of te poetsen zijn.
 - Patiënten willen het,
 - zorgverzekeraars vragen het,
 - en het zal niet lang meer duren dat de politiek/ IGZ het gaat eisen.



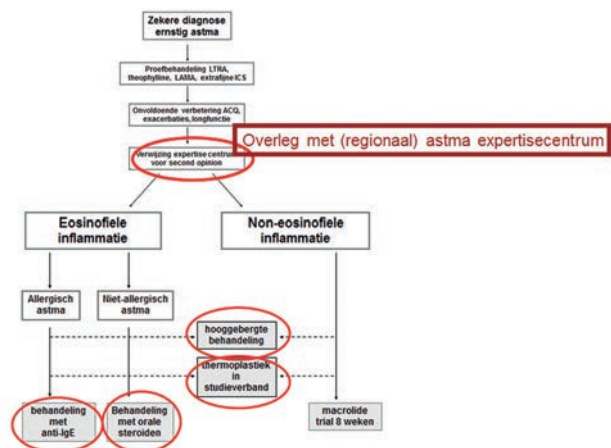
- Criteria voor een astma expertise centrum
 - zie hoofdstuk 6, pag 46-48.
- Mogelijkheid tot opzetten van een landelijke database
- Indicatoren i.o.m. de werkgroep Zorgstandaard Astma
- Visitaties voor kwaliteit van zorg en opleiding
 - Zie hoofdstuk 7, pag. 49.

Conclusies

- Centrering van zorg binnenkort een feit
- Behandeling van ernstig astma
 - hoog complex
 - duur
 - (ernstige) bijwerkingen
- Als longartsen in de lead blijven
- Als beroepsgroep *zelf* bepalen hoe de astmazorg door longartsen vorm krijgt



Aanvullende behandeling



Figuur 4.3 richtlijn ernstig astma

Brijker complimenteert de werkgroep met het vele werk dat voor deze richtlijn is verricht.

Op een vraag van Krouwels geeft Brijker aan dat een richtlijn antwoord moet geven op de knelpunten die er in het veld leven. Met deze richtlijn wordt geprobeerd handvaten te geven voor de keuzes die er gemaakt moeten worden in een behandeling.

Van der Zee krijgt het gevoel dat het veel meer een politiek dan een inhoudelijk document is. Vraag is wat er moet gebeuren op grond van wat evidence-based is. Alles wat er eventueel moet gebeuren in een expertisecentrum is niet evidence based. Vandaar dat er volgens hem weinig nut is om deze patiënten door te sturen naar een expertisecentrum. Van Keimpema heeft vooraf commentaar op de richtlijn kunnen leveren, waar ook veel van overgenomen is. Hij vraagt zich af waarom de indicatie longrevalidatie niet voorkomt in de richtlijn.

Verder betreft het de verwarring over de nomenclatuur. De richtlijn focust zich erg om de patiënten met ernstig astma op orgaaniveau te onderscheiden. Hij pleit voor de term ernstig refractory astma.

Weersink geeft aan dat de richtlijn is beperkt tot de groep ernstig astma. Er zal nog een hoofdstuk longrevalidatie bij ernstig astma bij de richtlijn geschreven worden bij de volgende update van de richtlijn. Voor wat betreft de tweede opmerking van Van Keimpema geeft Weersink aan dat geprobeerd is het simpel te houden en een onderscheid te maken tussen ernstig behandelbaar astma, daaruit, de checklist volgend, komt ernstig astma. Het kan zijn dat er iemand uit komt met ernstig astma dat niet alleen ernstig refractair astma is of longschade, maar waaruit blijkt dat het een extreem moeilijk behandelbare patiënt is, of dat comorbiditeit moeilijk onder behandeling te krijgen is. Deze groep behoeft expertisehandeling. Ten Brinke vult hierbij aan dat men vooral heeft beoogd dat dure of potentieel gevaarlijke medicatie bewaard wordt voor mensen die de hele checklist doorgaan zijn.

Van den Berg merkt op dat deze richtlijn geen duidelijkheid biedt.

Bel geeft aan dat zij ook meegedaan heeft aan de ERS/ATS richtlijn, waarmee men al jaren bezig is en die nog niet af is. Voor de NVALT richtlijn is een andere systematiek gehanteerd dan tot nu toe gebruikelijk was, nl. de grade-systematiek. Hierbij moet van te voren bepaald worden welke parameters je belangrijk vindt als uitkomst-parameter. En hoe groot de verandering in je parameter moet zijn als interventie, dit wordt van te voren vastgesteld. Vervolgens wordt in de literatuur gekeken welke studies er zijn. Voldoen deze aan de criteria, dan mogen ze mee doen aan de evidence. Als de NVALT geen richtlijn maakt, wordt dat zeker door anderen gedaan. Vandaar dat het belangrijk is om te discussiëren en consensus te bereiken.

Smeenk geeft aan blij te zijn dat de richtlijn er is. Er kan gediscussieerd worden waar de grens is wanneer verwezen

moet worden aan een expertisecentrum. Het is een belangrijke vaststelling dat er op bepaalde gebieden geen evidence is.

Brijker geeft aan dat er wel voldoende antwoord gegeven wordt op knelpunten die in het veld leven. Tegenwoordig is het zo dat een knelpuntenanalyse een eerste punt is van de richtlijnontwikkeling. Er wordt in deze richtlijn wel antwoord gegeven op klinische vraagstukken. De grade-systematiek maakt dat de graad van bewijsvoering veel lager uitvalt dan wij gewend zijn. Daar zal men de komende jaren aan moeten wennen.

Roldaan merkt op dat de richtlijn een document is die een samenvatting geeft van de literatuur en van de evidence die er is.

Krouwels merkt op dat als er in een samenvatting staat: "en daarom dient men.... te verwijzen naar een expertisecentrum", dat een te harde uitspraak is. De aanbeveling zou dan voorzichtiger moeten zijn. Bel antwoordt hierop dat men dit min of meer verplicht was, tegenover de ziektekostenverzekeraars. Dit zal wellicht bijgeschaafd moeten worden.

Van Veen vraagt zich af wat de taak van het expertisecentrum nog is, wanneer een longarts de checklist doorloopt en de behandeling gestart is. Ten Brinke antwoordt dat dan met name gekeken wordt naar welke type informatie er is en wat er aanvullend kan gebeuren.

Ten Brinke geeft aan dat er veel behoefte bestaat aan een richtlijn waarnaar verwezen kan worden in allerlei onderhandelingen met de ziektekostenverzekeraar. De richtlijnwerkgroep zal nogmaals kritisch kijken naar die aanbevelingen waarin de overlegmomenten met het expertisecentrum worden genoemd.

Wesseling geeft aan de richtlijn, met in acht neming van de opmerkingen die vandaag zijn gemaakt, toch te willen goedkeuren.

Pennings merkt op dat er een consensus met CVZ afgesproken is over de Xolair-indicatie. Met de aanname van deze richtlijn wordt deze afspraak doorkruist. In de richtlijn staat nl. dat Xolair alleen voorgeschreven kan worden nadat er consultatie met het expertisecentrum is geweest. Ook zou de omschrijving van expertisecentrum in de richtlijn niet gebruikt mogen worden alvorens de discussie over de torens- en penthouses- binnen de vereniging afgerond is. Wesseling antwoordt hierop dat de afspraak die met CVZ is gemaakt is, dat experts hebben gekeken naar de manier waarop men de indicatie stelt; dat betekent dat die bepaling derhalve ontdoet van het fysieke begrip expertisecentrum.

Roldaan geeft aan dat helemaal niet bekend is hoe groot de groep patiënten is. Een voordeel van centra kan zijn om een goede database op te zetten. Het is belangrijk dat er zicht komt op deze populatie en wat er met de patiënten gebeurt. Dit was ook een van de overwegingen die gebruikt zijn in deze richtlijn. Wellicht kan dit duidelijker in de tekst opgenomen worden.

Van der Zee merkt op dat in de richtlijn staat "het terugdringen van een exacerbatie frequentie van meer dan 30%". Dat lijkt hem erg optimistisch. Weersink geeft aan dat toch gekozen is voor 30% omdat het ook vaak, zeker ook in recentere studies, als outcome parameter van de studies gebruikt wordt.

Van de Ven merkt op dat het politiek gezien het handig is verschil te maken tussen 3e lijns verwijscentra en een expertisecentrum. Het is moeilijk om voor een STZ ziekenhuizen om aan al deze criteria te voldoen. Er kan wel voldaan worden aan de criteria voor 3e lijns centrum als een soort regionale functie. Dan fungeert het 3e lijns centrum als een soort tussenstap.

Smeenk merkt op dat er vrij dwingend genoemd wordt wanneer verwezen moet worden. Als dat geherformuleerd wordt in "kan overwogen worden of dient overwogen te worden" dan is er al veel kou uit de lucht. Als longarts wil hij graag dat die moeilijke patiëntengroep mee doet aan onderzoek. De onderbouwing dat het dus betere zorg oplevert lijkt niet hard te maken te zijn. Bij de definitie van het expertisecentrum die wordt genoemd, staat o.a. dat er jaarlijks gepubliceerd moet worden. Hij pleit er voor dit als volgt te formuleren: men doet mee aan onderzoek.

Heijdra merkt op dat in het schema de Theophylline nog genoemd wordt. Er is echter geen studie die dat ondersteunt. Bel antwoordt hierop dat dit in de GINA-guidelines ook nog wordt genoemd als de normale astmabehandeling. In de richtlijn staat juist dat bij de patiënten met ernstig astma er geen studies zijn die ondersteunen dat Theophylline geïndiceerd is. Als mensen al Theophylline hebben en het werkt goed, is er geen enkele reden om hiermee te stoppen.

Knipscheer merkt op dat in de opleidingseisen staat dat je ernstig astma moet kunnen behandelen. Als het naar een expertisecentrum gaat kan niet iedere assistent hier kennis van nemen. Weersink geeft aan dat men dan een stage zal moeten lopen in een expertisecentrum.

Ten Brinke vraagt het Bestuur snel te starten met de discussie over de torens en penthouses, omdat dit voor iedere nieuwe richtlijn die er gemaakt wordt van wezenlijk belang is.

Wesseling geeft aan dat het Bestuur hier volop mee bezig is. In 't Veen wil de richtlijn graag in stemming brengen omdat zorgverzekeraars nu aannemen dat astma een ziekte is zonder ziektebelasting. Dit was ook te zien in de Xolair-discussie. Van den Berg wil de richtlijn niet in stemming brengen omdat er al longartsen weg zijn.

De richtlijn wordt in stemming gebracht met alle redactionele opmerkingen die er zijn gemaakt, in het vertrouwen dat de richtlijn-werkgroep alle opmerkingen zorgvuldig zal bekijken. De commissie richtlijnen zal dit proces bewaken. De richtlijn wordt met ruime meerderheid aangenomen.

Autoriseren Zorgstandaard Astma bij Volwassenen

De vergadering stemt in met de zorgstandaard.

7. Vanuit de Werkgroep Palliatieve Zorg – het Visiedocument palliatieve zorg

De voorzitter complimenteert de Werkgroep met een uitstekend visiedocument. De vergadering stemt in met het visiedocument.

8. Jaarverslag 2011

Het jaarverslag wordt goedgekeurd.

9. Verkiezingen:

a. Bestuur

De vacature van vice-voorzitter is inmiddels ingevuld door dr. Y. Heijdra. De ledenvergadering bekrachtigt haar benoeming. De functie van wetenschappelijk secretaris zal worden ingevuld door Folkert Brijker. Hij zal in de voorjaarsvergadering officieel worden benoemd.

De zittingstermijn van Mevrouw dr. J. van Loenhout is verstreken, zij stelt zich herkiesbaar en wordt herkozen.

b. Concilium

De zittingstermijn van Mevrouw dr. J. van Loenhout is verstreken, zij stelt zich herkiesbaar en wordt herkozen.

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, zij wordt benoemd.

10. Wat verder ter tafel komt en rondvraag

Jukema doet een oproep aan de commissies en werkgroepen om het Normenrapport van de Commissie Visitatie te bekijken en eventuele aanvullingen aan hem te sturen. Op die manier kan het stuk in de voorjaarsvergadering worden bekrachtigd.

11. Sluiting

De voorzitter sluit de vergadering om 17.30 uur.

Het synergietraject

Het synergietraject is de marsroute die de wetenschappelijke verenigingen in zijn gegaan om nauwer samen te werken en uiteindelijk een federatie te gaan vormen. De achterliggende gedachte is dat de tweede lijn versnipperd is, met als gevolg dat naar buiten toe niet één, krachtig geluid van de medisch specialisten te horen is. Wetenschappelijke verenigingen proberen op veel terreinen steeds zelf het wiel proberen uit te vinden terwijl bundeling, samenwerking en schaalvergroting grote voordelen op zouden kunnen leveren. Denk daarbij aan het kwaliteitsbeleid, de opleidingen maar ook aan beroepsbelangen.

Daarom hebben de voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen de intentie uitgesproken om een federatie aan te gaan met voorlopig als voornaamste ambities het intensiveren van de huidige samenwerking in elk geval op het gebied van:

1. gezamenlijk organiseren van de kwaliteitsvisite, op verdergaande wijze dan nu het geval is;
2. gezamenlijk vormgeven van het proces van richtlijnontwikkeling;
3. verder ontwikkelen van een visie op kwaliteit, met het oog op transparantie en verantwoording, waarbij afstemming met externe stakeholders cruciaal is;
4. behartigen van beroepsbelangen vanuit een samenhangende visie op vrije vestiging en dienstverband;
5. gezamenlijk beleid voeren ten aanzien van volumenorren;
6. vanuit de gemeenschappelijkheid relaties met stakeholders onderhouden, waaronder de overheid en de zorgverzekeraars;
7. vanuit de gemeenschappelijkheid werken aan het imago van de beroepsgroep, inclusief een gemeenschappelijk PR- en communicatiebeleid;
8. een gezamenlijke visie op de inhoud en de financiering van opleidingen ontwikkelen, gericht op behoud van kwaliteit.

Zoals de plannen nu worden ontwikkeld zijn leden van de wetenschappelijke verenigingen automatisch lid van de federatie.

Door het vormen van deze federatie verdwijnt het bestaansrecht van de Orde, die daarmee zal ophouden te bestaan. Inderdaad is van de kant van de Orde aangegeven dat die zich zal opheffen, als deze federatie er komt. Ook voor de bureaus van de wetenschappelijke verenigingen heeft de vorming van deze federatie consequenties, omdat een aantal activiteiten ont dubbeld zal kunnen worden

De komende maanden zal een stuurgroep bestaande uit voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen deze intentie verder uitwerken. Ik zal u daar vanzelfsprekend van op de hoogte houden.



HERMES Summerschool mei 2012



Na even snuffelen op de site van de ERS waren wij gestuit op de Summerschool van de HERMES. Deze vond afgelopen jaar plaats in Barcelona. Dit leek ons een uitgelezen kans om ons perfect voor te bereiden voor het HERMES examen. Vol goede moed stapten wij eind mei in het vliegtuig om richting Barcelona te vertrekken. We kwamen aan in de stralende zon en vonden ons fijne doch enigszins bijzondere hotel in de wijk Eixample. Na eerst twee dagen fijn vakantie te hebben gehad en alle attracties van Barcelona gezien te hebben, kon het HERMES avontuur beginnen.



Vol goede moed stapten wij 's-ochtends vroeg de universiteit binnen. Na het openingswoord kon het beginnen. In de zaal zaten ongeveer 40 longartsen en longartsen in opleiding van alle

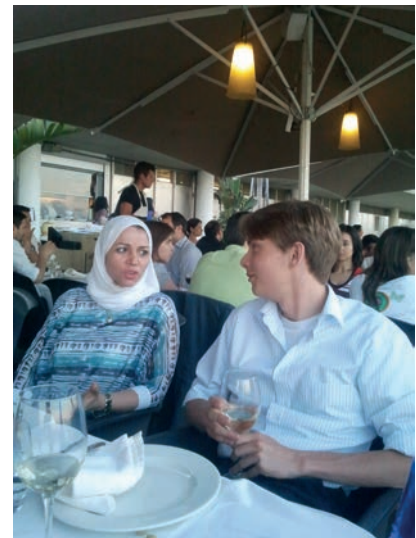
nationaliteiten die Europa rijk is vol spanning wat ons de komende dagen zou brengen. We zijn begonnen met een middag over longfysiologie en spirometrie, deze lessen werden gegeven door dr. P. Palange. Een zeer intrigerende man die ons de kneepjes van de fysiologie heeft geleerd.

Hierna kwamen onder andere thoracale oncologie, interstiële longziekten, longembolie en pulmonale hypertensie, pleurale afwijkingen, mediastinale afwijkingen, obstructieve longziekten en infectie ziekten aan bod.

Een zeer intensief programma waarbij uitgebreid stil werd gestaan bij alle kernpunten van dat onderdeel.

Naast dat we ontzettend veel geleerd hebben, was er ook een sociaal programma waarbij we onze collega's uit de naburige landen beter konden leren kennen. Het was ontzettend leuk om te ontdekken dat de passie voor ons vak bij iedereen aanwezig is of je nu uit Rusland, Egypte, Portugal of Nederland

komt, we doen allemaal hetzelfde, al zijn de richtlijnen in alle landen fors verschillend. Met name de collega uit Egypte die nu werkzaam is als longarts in Dubai heeft grote indruk op ons gemaakt. Zij vertelde over haar rol als vrouw in de zorg en de maatschappij.



Deze week Barcelona was voor ons een week van vele leerpunten. We zijn gekomen om ons zo goed mogelijk voor te bereiden op het HERMES examen en we zijn terugkomen met zeer veel nieuwe kennis, op de hoogte van state of the art van vele facetten van ons vak en vele nieuwe vriendschappen rijker met collega's uit heel Europa.

Deze Hermes Summerschool course is een aanrader voor iedereen. Met name voor longartsen in opleiding die hun interne vooropleiding hebben afgerond en weer van start zijn gegaan op de longziekten. Ook in 2013 zal er weer een Summerschool gegeven worden. Meer informatie hierover is te vinden op www.ersnet.org.

Jolanda Kuijvenhoven en
Marleen de Saegher

Programma studiedagen VvAwT 2013

Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding

Titel: Tuberculose: nog alom aanwezig!

Thema's: Bijzondere vormen van tuberculose
Microbiologische diagnostiek, infectiepreventie
Medicamenteuze therapie
Uitdagingen TB bestrijding Oost Europese migranten

Datum: Donderdag 10 en vrijdag 11 januari 2013

Locatie: Landgoed ISVW Leusden , Dodeweg 8, 3832 Leusden, T. 033 - 4650700 www.isvw.nl

Donderdag 10 januari 2013

12.30 - 13.15	Lunch	
13.15 – 14.45	Algemene ledenvergadering VvAwT	
14.45 - 15.00	Registratie	
15.00 - 15.10	Welkom Kees van der Loo, voorzitter VvAwT	
	Thema's: <ul style="list-style-type: none"> • Nieuwe ontwikkelingen laboratoriumdiagnostiek • Infectiecontrole • Latente en actieve tbc bij immuniteitsstoornissen Voorzitter: Marlies Mensen	
15.10 - 15.50	GeneXpert en nieuwe ontwikkelingen in de (eerstelijjn) laboratorium-diagnostiek van tbc Spreker: Ed Kuijper, microbioloog, LUMC Leiden	Spreker: 25 min Discussie: 15 min
15.50 - 16.15	Infectiecontrole / besmettelijkheid Wiel de Lange, longarts Beatrixoord	Spreker: 10-15 min Discussie: 5-10 min
16.15 – 16.45	LTBI bij immuun gecompromitteerden en TNF- alfa problematiek	Nico Oudshoorn
Bijzondere vormen van tuberculose: diagnostiek en therapie		
16.45 – 17.15	Meningitis: andere therapie? Richard van Altena, longarts Beatrixoord en Martin Boeree longarts Dekkerswald	Richard v Altena: 10 min Martin Boeree: 10 min Discussie: 10 min
17.15 - 17.45	Pauze met snack	
17.45 –20.00	Pleuritis (spreker Dekkerswald)	
	Paradoxe reacties bij extrapulmonale Tuberculose Richard van Altena, longarts Beatrixoord	
	Kindertuberculose en follow-up van de MDR-tuberculose. Sytze Keizer	
	Vragen uit het veld (Beantwoording vanuit Panel)	
20.00	Afsluiting	
20.30	Diner	

Vrijdag 11 januari 2013

Ochtend	Thema: Medicamenteuze therapie Voorzitter: Martin Boeree e.a.
9.00 - 12.00 inclusief pauze	<ul style="list-style-type: none"> • Dosering PZA • Dosering Moxifloxacin Spreker Dekkerswald
	<ul style="list-style-type: none"> • Optimalisering tbc middelen • Zwangerschap en MDR-tbc Spreker Beatrixoord
12.00 - 13.00	Lunch
	Afternoon session is in English (apart from group session 1)
Middag	Challenges of TB Control among Eastern European migrants Chair: Maurits Verhagen
13.00 - 13.30	Introduction: Some facts about the Eastern European migrants in the Dutch TB control system Sofie Toumanian, arts tuberculosebestrijding GGD Regio Twente
13.30 - 13.55	TB in Romania: Management of risk groups and Romanian migrants travelling to other EU countries Dr. Gilda Popescu, NTP manager Roemenie
14.00 - 14.30	TB in Poland: management of risk groups and Polish migrants travelling to other EU countries Dr. Maria Korzenievska, NTP manager Polen
14.30 - 14.55	Polish homeless in The Netherlands Magdalena Chwarścianek, Barka Foundation NL
14.55 - 15.15	Tea Break
15.15 - 16.00	Discussion in 3 groups <ol style="list-style-type: none"> 1. Collaboration between GGD and employers. 2. How do we reach out to Polish and Romanian risk groups (homeless)? 3. How to improve treatment outcomes here and in country of origin?
16.00 – 16.30	Plenary and general discussion
16.30 – 17.00	Afsluiting/Closure
	Borrel/Drinks

Inlichtingen over deelname en logistiek

Congresorganisatie Commissie Nascholing VvAwT

Mw. J. Huisman - van Berkel

Telefoon 06-51793457

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

Accreditatie

Wordt aangevraagd bij: ABSG (www.absg.nl) en NVALT (www.nvalt.nl)

Vuurwerk als long-cocktail

Historie

Vuurwerk heeft zich altijd van twee kanten laten zien. Werd het in Europa oorspronkelijk gebruikt als oorlogstuig, later kreeg het al snel zijn feestelijke opdracht. Maar nooit zonder zijn reputatie als wapen te verliezen, om meer in de betekenis van *friendly fire* persoonlijk letsel aan te richten. Net als bij munitie levert ook de opslag van vuurwerk een behoorlijk risico op, met de vuurwerkkramp in Enschede als nationaal dieptepunt.

De aantrekkingskracht van vuurwerk is echter onweerstaanbaar en doet denken aan de sirenen van Odysseus. Die associatie moet Händel gehad hebben bij het componeren van zijn *Music for the Royal Fireworks*, maar hij kon niet voorspellen dat bij de generale doden vielen en tijdens de première in Green Park op 27 april 1749 het decor instortte en brand uitbrak na pyrotechnische explosies. In onze tijd komen daar de fijnstofproblemen bij.



Uitvoering van Händel's Music for the Royal Fireworks (HWV 351)

Knal- en siervuurwerk

Voor het knallen is buskruit nog steeds het meest gebruikt, een mengsel van kaliumnitraat, houtskool en zwavel. Voor licht en kleur worden magnesium, aluminium, strontium, barium, koper, natrium erin verwerkt. Vuurwerk dat we afsteken tijdens

oud en nieuw wordt vrij makkelijk in verband gebracht met smog en fijnstof, omdat het in een wijde omgeving hinder kan opleveren. Maar als vuurwerk regelmatig wordt afgestoken, zoals op de tribune en in theaters, kunnen bepaalde groepen veel vaker worden blootgesteld.



Verbrandingsproducten

Vuurwerkrook bestaat voornamelijk uit CO₂, SO₂ en bij onvolledige verbranding CO. Afhankelijk van het type vuurwerk kunnen andere stoffen vrijkomen, met name de reeds genoemde metalen. Om de mate van luchtverontreiniging te bepalen wordt fijnstof (PM₁₀) en SO₂ gemeten.

Tijdens de jaarwisseling treedt een piek op in de concentraties van fijnstof (en zwaveldioxide). De piek is voornamelijk afhankelijk van de locatie (stad of platteland) en meteorologische omstandigheden zoals wind of mist.

Fijnstof-metingen

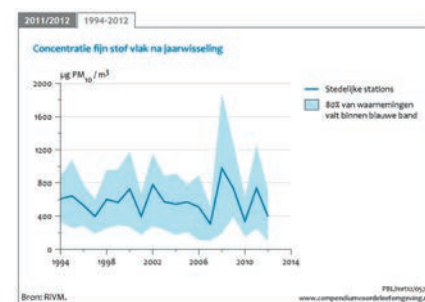
In de periode 1994 tot en met 2012 lag de gemiddelde fijnstofconcentratie in het eerste uur na de jaarwisseling op ongeveer 550 µg/m³. Gemiddeldes per jaar kunnen een factor 1,5 à 2 lager of hoger liggen. Uitschieters naar boven zoals op Nieuwjaar 2007 met concentraties tot bijna 1000 µg/m³ worden verklaard door een windstil oud en nieuw. (Figuur 1)

Tijdens de jaarwisseling 2011/2012 waaide het behoorlijk, waardoor de

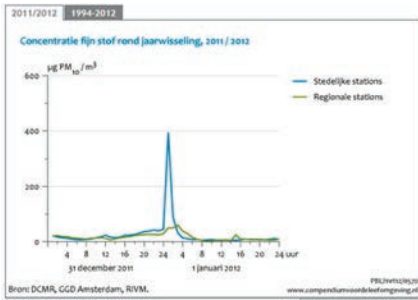
concentraties fijnstof een stuk lager waren. Volgens goede gewoonte werden de hoogste concentraties gemeten in Den Haag (765 µg/m³) en in Utrecht (1254 µg/m³). Een piek treedt vooral op in de steden en duurt enkele uren. Uiteindelijk dalen de concentraties weer overal naar waarden rond de 10 µg/m³. (Figuur 2).

Zwaveldioxideconcentraties zijn rond de jaarwisseling eveneens verhoogd. Op de stedelijke stations kunnen gedurende korte tijd de concentraties stijgen van enkele tientallen tot enkele honderden µg SO₂/m³. Ter vergelijking, van matige smog wordt gesproken als de 24 uursgemiddelde fijnstofconcentratie hoger is dan 50 µg/m³, van ernstige smog boven de 200 µg/m³.

In Nederland zijn we dol op het afsteken van vuurwerk in de oudjaarsnacht. Nergens in Europa gaat zoveel vuurwerk de lucht in en worden zo'n hoge fijnstofconcentraties bereikt.



Figuur 1: De trendfiguur 1994-2012 is gebaseerd op meetgegevens van de stedelijke stations van het Landelijk Meetnet Luchtkwaliteit. Bij de berekening zijn gegevens van stads- én straatstations gebruikt in een specifiek jaar in het Landelijk Meetnet Luchtkwaliteit operationele stations. Het aantal stations kan per jaar verschillen; het aantal wisselt van 6-10 voor de jaren 1994-2003 tot 15-23 voor de jaren daarna.



Figuur 2: Jaarwisseling 2011/2012, meetgegevens van 22 stedelijke stations en 17 regionale stations van het Landelijk Meetnet Luchtkwaliteit, vijf stedelijke stations van het luchtmeetnet in Rotterdam en negen stedelijke stations van het luchtmeetnet in het Rijnmondgebied.

De gevolgen en adviezen

Overal wordt gewaarschuwd dat de hoge fijnstofconcentraties tijdens de jaarwisseling tot meer klachten kan lei-

den bij patiënten met astma en COPD. Op grond van de metingen mag dat wellicht worden verwacht, gegevens over bijvoorbeeld een toegenomen gebruik van medicatie, bezoek aan de dokterspost of SEH en ziekenhuisopnames ontbreken. De vraag is hoe groot het effect precies zal zijn van de relatief kortstondige piek, die bovendien per jaar behoorlijk kan verschillen. Patiënten wordt in ieder geval geadviseerd om naast extra aandacht voor klachten en medicatie, ramen en deuren (enkele uren tot 2 dagen) voor de jaarwisseling, evenals luchtroosters te sluiten en tijdens de jaarwisseling binnen te blijven. Andere pakken het rigoreus aan en gaan voor een verbod op vuurwerk. Dat lijkt heel ver weg. Nog dit jaar gaf het kabinet aan dat vuurwerk bij de traditie van oud en nieuw hoort. De politiek is nou eenmaal tevreden zolang het maar rookt. Voorlopig dus met de hond onder de tafel tot de kruitdampen zijn

opgetrokken. Althans, zo lang je niet allergisch bent. KNAL, sorry, NKAL wenst u een heldere jaarwisseling en een verlicht 2013.

Jos Rooijackers, longarts
Erik Stigter, bedrijfsarts
Remko Houba en Vanessa Zaat, arbeidshygiënisten
Bernadette Aalders en Mischa Niederer, longfunctie-analisten

Referenties:

CBS, PBL, Wageningen UR (2012). [Luchtverontreiniging tijdens de jaarwisseling, 1994-2012](#) ((indicator 0570, versie 01, 23 maart 2012).

www.compendiumvoordeleefomgeving.nl. CBS, Den Haag; Planbureau voor de Leefomgeving, Den Haag/Bilthoven en Wageningen UR, Wageningen.

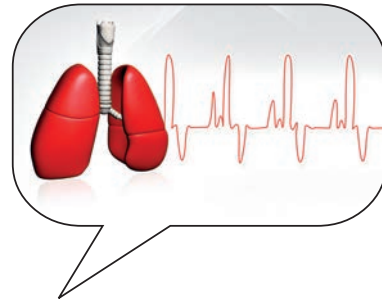
Afwezigheid secretariaat kerstvakantie

In verband met de kerstvakantie
is het secretariaat van de NVALT
gesloten van 24 december t/m 7 januari.

Wij wensen u allen
fijne feestdagen en
een voorspoedig 2013!

Secretariaat NVALT





Lancering app doelmatig voorschrijven

De Orde van Medisch Specialisten heeft de app "receptprijs" ontwikkeld waarmee medisch specialisten in één oogopslag zicht krijgen op therapeutisch gelijkwaardige alternatieven voor geneesmiddelen en de bijbehorende prijzen. De lancering van deze app is onderdeel van een campagne rond het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door medisch specialisten. Zo dragen medisch specialisten actief bij aan het behoud van betaalbare zorg van hoge kwaliteit.

De kwaliteit van de zorg voor de toekomstige generaties is in gevaar. Door vergrijzing en toenemende mogelijkheden van medische technologie stijgen de kosten de komende jaren sterk. De zorg kan

daardoor onbetaalbaar worden. Goede zorg is veilig, doeltreffend, patiëntgericht, tijdig, toegankelijk én doelmatig. De zorgeuro dient doelmatig besteed te worden en doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen draagt hier aan bij.

Goedkoop als het kan, duur als het moet

In 2011 publiceerde de OMS de 'Leidraad doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door medisch specialisten', een instrument om medisch specialisten te ondersteunen bij hun keuzes rond het voorschrijven van geneesmiddelen. De leidraad adviseert de generieke namen van geneesmiddelen te gebruiken bij het voorschrijven en waar mogelijk een medicijn voor te schrijven dat door

meerdere fabrikanten geleverd wordt. Daarnaast adviseert de leidraad om na te gaan of gelijkwaardige goedkopere therapeutisch alternatieven beschikbaar zijn. De app 'Recept prijs' is het vervolg op deze leidraad en werd in samenwerking met het ministerie van VWS ontwikkeld.



Zie ook: www.bewustvoorschrijven.nl

App 'Recept prijs'
Te downloaden via AppStore of

Google play (Android Market) of kijk op www.medicijnprijs.nl

Longziekten in Heerlen

Van basisarts **naar longarts**

Het Atrium Medisch Centrum is een groot perifeer opleidingsziekenhuis. Het heeft een adherentie-gebied van 240.000 inwoners. Het bevat nagenoeg alle medische disciplines. Heerlen is gelegen in het zuidoosten van Limburg en is de grootste gemeente van de Oostelijke Mijnstreek. De steenkoolwinning in Heerlen is decennialang de belangrijkste economische motor geweest van Nederland. De mijnen trokken arbeiders aan uit binnen- en buitenland. Als gevolg van de mijnsluiting in 1974 is de werkloosheid vandaag de dag hoog en zijn er veel achterstandswijken. De sociale problemen zijn vaak schrijnend. Er is een toenemende vergrijzing en de vraag naar gezondheidszorg is groot.

De maatschap longziekten bestaat uit 8 longartsen. Elke longarts heeft zijn eigen aandachtsgebied. De arts-assistentengroep bestaat uit 8 opleidingsassistenten en 2 arts-assistenten niet in opleiding. De verpleegafdeling heeft 44 bedden, waarvan 4 voor niet invasieve beademing. Daarnaast is er een zeer druk bezochte polikliniek, een behandelkamer en een hoogstaande longfunctieafdeling.

Specifiek voor de longartsenmaatschap in Heerlen zijn de mijngerelateerde longziekten zoals silicose en het mesothelioom. Door het lage opleidingsniveau en de slechte financiële omstandigheden presenteren patiënten zich pas laat wanneer er vaak sprake is

van uitgebreide pathologie zoals pulmonale infecties, tuberculose, ernstig COPD.

De belangrijkste leerschool is de dagelijkse praktijk. Door het zien van een groot aanbod aan patiënten leer je patronen herkennen en verbanden leggen. Door de hoge werkdruk wordt efficiënt werken ontwikkeld en de belastbaarheid vergroot. Het contact met een grote diversiteit aan patiënten doet een aanspraak op de communicatieve vaardigheden en het empathisch vermogen. De behandeling richt zich niet alleen op de ziekte maar ook op de emotionele en sociale aspecten van de individuele patiënt, met andere woorden: zorg op maat.

De structuur van de opleiding wordt bepaald door een aantal vaste stages,



waaronder de stage behandelkamer, polikliniek en consulten. Tijdens de behandelkamerstage van 4 maanden komen thorax drainage, bronchoscopie en flexibele thoracoscopie uitgebreid aan bod. Facultatief is de endo-echoscopie (EUS/EBUS). Op de polikliniek is time management en systematisch werken een must; kennis van pulmonale pathologie wordt in een snel tempo verbreed. Er wordt een eigen patiëntenpopulatie opgebouwd. Gedurende de consultenstage komt de samenwerking met andere disciplines aan de orde. Regie, assertiviteit en uitwisselen van kennis/ervaringen zijn hierbij belangrijke sleutelwoorden.

Naast de praktijk zijn er ook specifieke onderwijsmomenten. Eigen initiatief is vereist, zoals het presenteren van

een relevante patiëntencasus of een referaat. Tevens is er onderwijs dat gegeven wordt door een van de longartsen. Dagelijkse problemen leiden tot onderzoeksvragen. Het opstellen van een eigen onderzoek is onderdeel van de opleiding. De resultaten worden verwerkt in een abstract en eventueel een artikel. Het abstract wordt gepresenteerd op een congres in de vorm van een orale presentatie of een poster.

Er is een positief opleidingsklimaat. De supervisor is laagdrempelig bereikbaar voor overleg. De sfeer is open en er is ruimte voor discussie. Het streven is uiteindelijk een uniform beleid waarin een ieder zich kan vinden. Er wordt hard gewerkt maar er is ook plaats voor humor. Buiten de werkuren

worden er gezamenlijke activiteiten georganiseerd, zoals de surpriseavond met Sinterklaas, het kerstontbijt en de wekelijkse borrel van de arts-assistenten. De onderlinge omgang is gemoedelijk, maar gelijktijdig ook competitief hetgeen een positieve invloed heeft op de prestaties.

Huidige AIOS:

1. Kim Walraven
2. Nicole Scheppers
3. Noud Berkelmans
4. Pathman Pasupathy
5. Mieke Celis
6. Hares Saljuki
7. Natascha Lie
8. Tirza Wagenvoort

Kim Walraven AIOS





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

Albert H.M. van der Heijden

Geboren
01-03-1951

Opleidingskliniek
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te
Amsterdam

Waarom koos u destijds voor de studie geneeskunde?

Goede vraag! Hoewel ik altijd gefascineerd ben geweest door de luchtvaart bleek dit uiteindelijk toch niet haalbaar. Tijdens mijn middelbare schooltijd was ik goed in biologie en scheikunde, zeer geïnteresseerd in het menselijk lichaam, dus de studie geneeskunde lag uiteindelijk toch voor de hand. De lotingprocedure was er toen nog niet. En omdat ik vrij laat was, werd ik uiteindelijk geplaatst op de Vrije Universiteit te Amsterdam. Daar wilde blijkbaar in die tijd niemand heen!

Waarom koos u uiteindelijk specifiek voor de specialisatie longziekten?

Dit is een verhaal van grootvader vertelt: ik heb eerst de huisartsenopleiding gedaan. Een praktijk was toen moeilijk te krijgen en ik ben algemeen assistent geworden in het ziekenhuis in Hoorn, werd daar geboeid door scopietechnieken en wilde dan ook MDL-arts worden. Ik heb in Leiden gesolliciteerd bij professor Bax. Hij had op korte termijn geen plaats voor mij, maar op basis van mijn sollicitatiebrief concludeerde hij dat Longgeneeskunde een interessant vak voor mij zou kunnen zijn. Hij bracht me in contact met professor Dijkman, een paar weken later was ik aangenomen voor de opleiding. Maar omdat ik dan algemeen internist moest worden, sloot dit niet goed aan bij mijn wensen. Ik heb toen andere opleidingsklinieken aangeschreven en uiteindelijk uit drie mogelijke opleidingsklinieken gekozen voor het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam. Hier heb ik geen spijt van gehad.

Wat is uw aandachtsgebied en waarom?

Ik ben begonnen als algemeen longarts in een perifere ziekenhuis. Daarna heb ik mij in het Rode Kruisziekenhuis in Beverwijk 11 jaar met name beziggehouden met de inhalatie traumata. Na terugkeer naar Haarlem, in verband met aangevraagde opleiding, ben ik mij vooral bezig blijven houden met infectieziekten, waaronder tuberculose, de opkomende aandachtsgebieden pulmonale hypertensie en OSAS. Maar in de praktijk wordt het vak in de volle breedte uitgeoefend.

Bent u actief binnen de NVALT?

Niet meer, maar wel geweest (o.a. twee termijnen lid c.q. voorzitter van de kwaliteitsvisitatie-commissie van de NVALT).

Tijden veranderen. Waar verlangt u naar terug?

Vakinhoudelijk is er zo'n progressie geweest dat je absoluut niet naar het verleden moet terugverlangen. Wat ik wel mis is de saamhorigheid in en de belangstelling voor de NVALT: waar tegenwoordig op een algemene ledenvergadering nog een handvol collegae op komen dagen, kwamen vroeger drommen longartsen vanuit alle hoeken van Nederland naar Utrecht om te vergaderen en elkaar te spreken.

Wat zijn mijn ambities?

Ach, als je (bijna) 62 bent, heb je niet zo veel meer te wensen op vakinhoudelijk gebied. Ik zou wel een invulling willen geven aan het toekomstige longartsenvak. Mijn dagroom is, en ik verwacht dat het ook ooit nog wel gaat gebeuren als we eindelijk meer gecombineerd-orgaangericht gaan denken, dat er een samensmelting komt van pulmonaal en cardiaal arts. De in de thoraxholte gelegen longen, hart en vooral linker en rechter vaatbed hebben erg veel met elkaar te maken. Ik ben ook van mening dat eigenlijk iedere longarts echografieën van het hart en drukmetingen zou moeten kunnen verrichten. En omgekeerd dat de voormalig cardioloog scopietechnieken en longfunctie moet beheersen. Voor de opleiding wens ik dat de etalagepolitiek beter wordt uitgewerkt: academische ziekenhuizen lijken wel eens te vergeten dat ze moeten opleiden voor algemeen longarts. Het is prima dat een subspecialisme in een tertiair centrum wordt aangeleerd, maar de hoofdtaken van de longarts zijn nu eenmaal obstructief longlijden, infectieziekten en longembolieën. Deze competenties kun je bij uitstek leren in een perifere ziekenhuis, waar de turn-over vele malen groter is dan in een academisch ziekenhuis. Juist die samenwerking tussen de perifere opleidingsziekenhuizen en

academische ziekenhuizen maakt dat de opleiding tot longarts breder en dus interessanter kan worden.

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

Grootste verbetering is het ontwikkelen van richtlijnen en het toepassen hiervan, waardoor de veiligheid voor onze patiënten is verbeterd. En natuurlijk ook de technische verbeteringen van beeldvorming en invasieve technieken, zoals EUS, EBUS en VATS's. Het is onvoorstelbaar hoe primitief je eigenlijk 30 jaar geleden moest werken.

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

Hoewel longgeneeskunde een klein vak is, zie je ook hier de uitholling: intussen is de intensieve zorg verschoven naar de Intensivist, de infectieziekten naar de internist/infectioloog, de tuberculose naar de arts-infectieziekten van de GGD, de pulmonale hypertensie naar de tertiaire centra, de OSAS bij voorkeur naar OSAS-klinieken, en recent de suggestie in de richtlijn "ernstig astma" om ook dat in een tertiair centrum onder te brengen. En last but not least een door de overheid gestimuleerde verschuiving van COPD van de tweede naar de eerste lijn. Met name dit laatste is het slechtste wat onze patiënten kan overkomen. Maar door de verschraving van het vak zou ik mij als jonge assistent in opleiding of jonge klare ernstig zorgen maken over de inhoud van mijn vak. Daarom: ontwikkel een nieuw, interessant gecombineerd vakgebied "thoraxorganen".

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

Als longarts het ontwikkelen van de behandelwijze van inhalatietrauma in het brandwondencentrum in Beverwijk. Als longartsengroep het verkrijgen van

de opleiding in het Spaarne Ziekenhuis. En als voorzitter Medische Staf van het Spaarne Ziekenhuis wellicht op korte termijn het meehelpen fuseren tot een groot STZ-ziekenhuis van het Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp en Kennemer Gasthuis in Haarlem.

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

Dan was ik waarschijnlijk toch heel tevreden geworden in de wereld van de luchtvaart. Ik denk dat ik een heel goede piloot zou zijn geworden, luchtverkeersleider was second best.

Wat was de belangrijkste verandering gedurende uw loopbaan?

Ik heb mij al in het begin van mijn loopbaan voorgenomen steeds nieuwe prikkels te zoeken in mijn werkzaamheden. Dat is dan ook de reden waarom ik niet 30 jaar lang op dezelfde plaats heb gewerkt.

Wat is uw advies aan de jonge longartsen in opleiding?

Probeer je vak te behouden, wees goed voor de patiënten en voor jezelf, ken je grenzen en houd je aan de veiligheidsvoorschriften. Weet wanneer je advies aan een ander moet vragen of een patiënt moet overdragen.

Wat is de grootste uitdaging in uw werk?

Dat is op dit moment een goed evenwicht te vinden tussen mijn werk als longarts en mijn managementwerk.

Hoe ziet u uw toekomst in het ziekenhuis?

Vooralsnog kan ik mijn maten via dit medium meedelen dat ik er nog niet over peins om eerder te stoppen dan op mijn 65^{ste}. Daarna expireert de MTO, dus moet je wel stoppen. Ik probeer wel voor mijn 65^{ste} nog een deel van mijn beoogde promotieonderzoek af te

hebben. Waarschijnlijk blijf ik nu nog een aantal jaren stafvoorzitter, met als aandachtsgebied de beoogde fusie tussen het Spaarne Ziekenhuis en het Kennemer Gasthuis.

Hoe ziet u de toekomst van het Nederlandse zorgstelsel?

Gematigd optimistisch. Maar het is wel verstandig dat wij als artsen zelf de regie in handen gaan nemen en nadenken hoe de Nederlandse zorgstelsel moet worden ingericht met de beperkte middelen die tot onze beschikking staan. Een ieder moet zich bewust zijn van die schaarse middelen en meedenken over de keuzes die gemaakt moeten worden. Het rapport "medisch specialist 2015" raad ik iedereen aan om te lezen. Door toegenomen efficiëntie en verschuiving naar de 1^e of 1 1/2 lijn zal de ziekenhuiscapaciteit steeds kleiner worden. Er zullen door fusies minder, maar wel grotere ziekenhuizen ontstaan. Mogelijk verdwijnen er zelfs specialistenplaatsen. Dat is op zich niet erg, indien dat proces geleidelijk en door onszelf geregisseerd verloopt en indien we zorgen voor een beter opgeleide 1^e lijn. Op dit moment zijn er teveel mensen in de aansturing van de zorg actief, die er helaas maar weinig verstand van hebben hoe het er echt in de praktijk en werkvloer aan toe gaat. Dat geldt ook voor de overheid, NMA, NZa, verzekeringsmaatschappijen, enz.

Aan wie zou u de volgende keer het woord willen geven?

Ik zou eigenlijk het woord willen geven aan iemand die nog aan het begin van zijn of haar carrière staat. Dat is veel boeiender dan een soort "in memoriam" verhaal van een oude man te lezen. Ik heb gewoon gebladerd in de ledenlijst van de NVALT en kwam terecht bij Monique Reijers, academica in Nijmegen en tertiair werkzaam met CF. Misschien wil zij ooit wel een keer biertje aan de bar met mij drinken en vertellen hoe zij de toekomst inziet.

Trendbreuk noodzakelijk in aanpak chronische longziekten

Een trendbreuk is noodzakelijk in de aanpak van chronische longziekten: ruim één miljoen Nederlanders heeft een chronische longziekte. Dat zorgt voor veel ziektelast, leed, 35.000 sterfgevallen, €3,5 miljard zorgkosten en €1 miljard arbeidsverzuim. Als we niets doen wordt het probleem groter en erger. Het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten (NACL) moet zorgen voor deze trendbreuk.

Dinsdag 23 oktober jl. heeft de Vaste Kamercommissie VWS gesproken over het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten (NACL). Als ook de overheid zijn verantwoordelijkheid neemt, moet het lukken de doelen van het NACL te bereiken: verbetering van preventie en zorg voor longpatiënten, meer doelmatigheid en meer arbeidsparticipatie, zodat de (long)zorg betaalbaar blijft en de druk afneemt op economie en overheidsfinanciën.

Tijdens de bijeenkomst was er veel belangstelling van de Tweede Kamerleden voor het NACL, dat door het hele longenveld wordt gedragen. Gesproken is over de inhoud van het programma en de rol van de overheid om samen met het veld te zorgen voor de trendbreuk in de aanpak van chronische longziekten. Het NACL is opgesteld door de lidorganisaties van de Long Alliantie Nederland en moet eind dit jaar van start gaan met een looptijd van vijf jaar. De vijf concrete doelen van het NACL zijn:

- 25% minder opnamedagen in het ziekenhuis door astma en COPD
- 15% vermindering verloren werkdagen door astma en COPD
- 20% rendement van inhalatiemedicatie
- 25% minder kinderen onder de 18 jaar die beginnen met roken
- 10% minder doden door astma en COPD

Het NACL kan alleen een succes worden als alle bij longziekten betrokken organisaties hun verantwoordelijkheid nemen. Organisaties in het longenveld staan massaal achter het NACL. Als ook de overheid zijn verantwoordelijkheid neemt: moet het lukken om samen een groot succes te maken van het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten. De Long Alliantie Nederland wil het NACL in december 2012 van start laten gaan.

Meer informatie over het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten, de petitie aan de Tweede Kamer en de Long Alliantie Nederland is te vinden op www.longalliantie.nl

Long Alliantie Nederland

De Long Alliantie Nederland (LAN) is de federatieve vereniging van vooraanstaande partijen in Nederland op het gebied van chronische longzorg. De doelen van de LAN zijn:

- Het terugdringen van het aantal mensen met chronische longaandoeningen;
- Het terugdringen van de ernst van hun ziekte en het aantal sterfgevallen als gevolg van chronische longaandoeningen;
- Het bevorderen van de kwaliteit van leven van mensen met chronische longaandoeningen.

Leden van de LAN zijn:

- Astma Fonds Longpatiëntenvereniging (*Astma Fonds*);
- Astma Fonds Longstichting (*Astma Fonds*);
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (*KNGF*);
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (*KNMP*);
- Nederlands Instituut van Psychologen (*NIP*);
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (*NVALT*);
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (*NVD*);
- Nederlandse Vereniging van Longfunctieanalisten (*NVLA*);
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (*NVK*);
- SAN Centra voor Medische Diagnostiek (*SAN*);
- Stichting COPD en Astma Huisartsen Adviesgroep (*CAHAG*) namens het Nederlandse Huisartsen Genootschap (*NHG*) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (*LHV*);
- STIVORO expertisecentrum voor tabakspreventie (*STIVORO*);
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (*V&VN*), afdeling Longverpleegkundigen;
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (*V&VN*), afdeling Praktijkverpleegkundigen en Praktijkondersteuners (*praktijkverpleegkundigen-praktijkondersteuners*);
- Vereniging Nederland-Davos (*Nederland-Davos*);
- Vereniging van Astmacentra Nederland (*VAN*).

Buitengewoon lid:

- ActiZ, organisatie van zorgondernemers (*ActiZ*);

Bedrijfsleden:

- Achmea (*Achmea*);
- Almirall (*Almirall*);
- AstraZeneca (*AstraZeneca*);
- Boehringer Ingelheim (*Boehringer Ingelheim*);
- Chiesi Pharmaceuticals (*Chiesi*);
- GlaxoSmithKline (*GSK*);
- Meda Pharma (*Meda Pharma*);
- Medidis Groep (*Medidis Groep*);
- Mediq (*Mediq*);
- Merck Sharp en Dohme (*MSD*);

Bedrijfsleden:

- Mundipharma Pharmaceuticals (*Mundipharma Pharmaceuticals*)
- Novartis (*Novartis*);
- Nutricia (*Nutricia*);
- Takeda (*Takeda*);
- Pfizer (*Pfizer*);
- Sandoz (*Sandoz*);
- Teva Pharma Nederland (*Teva*);
- Coöperatie VGZ (*CVGZ*).

Gezamenlijk maken deze partijen zich hard voor een optimale preventie en zorg voor mensen met een chronische longaandoening. Samenwerking binnen de LAN moet zorgen voor synergie.

Contactgegevens: Long Alliantie Nederland, Stationsplein 125, 3818 LE Amersfoort, KvK 32143205, Triodos Bank 390227919, info@longalliantie.nl en telefoonnummer 033 - 421 84 18.



De petitie van de Long Alliantie Nederland werd in ontvangst genomen door de Tweede Kamerleden (op de foto v.l.n.r.) Pia Dijkstra (D66), Ton Elias, voorzitter Vaste Kamercommissie VWS (VVD), Reinette Klever (PVV), Hanke Bruins Slot (CDA), Lea Bouwmeester (PvdA), Renske Leijten (SP), Anne Mulder (VVD) en Vera Bergkamp (D66).

Probleem:
groot en toenemend aantal mensen met een longziekte

- Eén miljoen longpatiënten in Nederland;
- Jaarlijks 35.000 sterfgevallen;
- Lage kwaliteit van leven voor veel longpatiënten: gebrek aan lucht, bijkomende lichamelijke ongemakken, angst, depressie en eenzaamheid;
- Jaarlijkse zorgkosten € 3,5 miljard (CBS);
- Jaarlijkse verzuimkosten op het werk € 1 miljard (SZW).

Toekomst bij ongewijzigd beleid:

- 20% meer chronische longpatiënten binnen tien jaar;
- Verdubbeling patiënten met longziekte in een zeer ernstig stadium;
- Stijging sterfte, terwijl sterfte bij veel chronische ziekten juist daalt;
- Nog grotere druk op zorgkosten, economie en overheidsfinanciën.

Dit is niet nodig, als we NU actie ondernemen.

Oplossing:
Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten:

- Ervaringen buitenland: chronische longziekten met een Nationaal Actieprogramma veel effectiever aan te pakken: groei aantal patiënten stopt, kwaliteit en toegankelijkheid zorg voor longpatiënten verbetert **tegen lagere kosten**.
- VN en de EU: pak longziekten met prioriteit aan: groot winstpotentieel.
- In Nederland NU de tijd rijp om chronische longziekten effectiever aan te pakken.
- Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten (NACL) opgesteld met vijf doelen:
- **DOEL 1:** 25% minder opnamedagen in het ziekenhuis door astma en COPD
- **DOEL 2:** 15% vermindering verloren werkdagen door astma en COPD

- **DOEL 3:** 20% meer rendement van inhalatiemedicatie
- **DOEL 4:** 25% minder kinderen onder de 18 jaar die beginnen met roken
- **DOEL 5:** 10% minder doden door astma en COPD.

Wat levert het op?

Het NACL moet leiden tot verbetering van preventie en zorg voor longpatiënten, meer doelmatigheid en meer arbeidsparticipatie, zodat de (long)zorg betaalbaar blijft en de druk afneemt op economie en overheidsfinanciën. Met kleine investering, winstpotentieel circa € 150 miljoen per jaar.

Verzoek aan de politiek

NU is er momentum het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten succesvol uit te voeren.

- Long Alliantie Nederland verenigt meer dan vijftig organisaties: patiëntenverenigingen, beroeps- en brancheverenigingen, zorgverzekeraars, fondsen, bedrijven en expertisecentra. Deze organisaties zijn met elkaar bereid het NACL nu uit te voeren;
- Samenwerking met werknemers- en werkgeversorganisaties;
- Contact met de ministeries van VWS en SZW.

Ons verzoek aan de politiek is: help ons het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten NU uit te voeren. Als ook de overheid zijn verantwoordelijkheid neemt moet het lukken!

Stoppen met roken

“Alles wat u altijd al had willen weten over tabaksverslaving, maar nooit durfde te vragen ...”

- Nu wij als moderne longartsen vooral leven van de gevolgen van tabaksverslaving, is het essentieel dat een ieder weet waar de NVALT staat in de strijd tegen tabak. Een gunstige ontwikkeling hierbij is dat minister Schippers van VWS heeft besloten dat per 1 januari 2013 de kosten van stoppen-met-roken-medicatie in combinatie met goede begeleiding, weer vergoed gaat worden.
- De Werkgroep Tabaksverslaving ontwikkelt verder nieuwe

initiatieven door een duidelijke missie op te stellen voor de leden van de NVALT voor de aanpak van de tabaksverslaving.

- Verder wordt middels een enquête getracht inzicht te krijgen hoe de poliklinieken ‘stoppen met roken’ in Nederland functioneren, om daarmee verdere verbeteringen in gang te zetten.
- Kijk op de NVALT website bij de documenten van de WTV: hier vindt u de Position papers van de Alliantie Nederland Rookvrij! (KWF, Longfonds, Hartstichting, Partnership, NVALT, Trimbos, GGD) Hierin wordt o.a. de vijfde competentie van

de medisch specialist benadrukt: maatschappelijk handelen: kennen en herkennen van determinanten van ziekte en zorgen dat deze determinanten van ziekte op bevolkingsniveau voorkomen worden.

- Ook is hier de brief van minister Schippers over vergoedingen te lezen.
- Het streven van de werkgroep is dat elk ziekenhuis één longarts als aanspreekpunt voor tabaksverslaving heeft.



VOORAANKONDIGING



2013 is een bijzonder jaar voor de **NVALT**. Niet alleen bestaat de vereniging **105 jaar**, ook zal de **Longartsenweek** voor de **10e keer** worden georganiseerd!

Om beide feestelijke gelegenheden te combineren zal er tijdens de longartsenweek op **dinsdag 26 maart een feest gehouden worden op Papendal** waar alle longartsen en longartsen in opleiding (zonder partner) van harte welkom zijn.

Houdt deze extra avond dus vrij in uw agenda!

We houden u via de website en de nieuwsbrief op de hoogte en rekenen op een grote opkomst en een mooi, gedenkwaardig feest.



Samenvatting proefschrift Linda Härmark

LAREB INTENSIVE MONITORING, EEN NIEUWE MANIER OM INFORMATIE OVER BIJWERKINGEN TE VERZAMELEN

4 juni 2012, Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Farmacotherapie en farmaceutische patiëntenzorg
Promotors prof. Dr. A.C. van Grootheest en prof. Dr. J.J. de Gier.

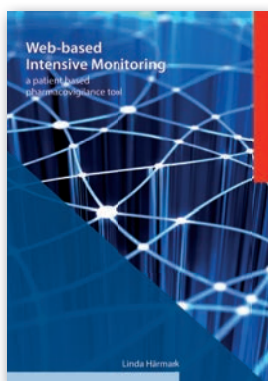
Bij de veiligheidsbewaking van geneesmiddelen is het verzamelen van meldingen van bijwerkingen de belangrijkste bron van informatie. Om meer informatie te kunnen verzamelen over bijwerkingen van medicijnen, heeft het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb daarnaast een nieuwe manier van informatieverzameling over bijwerkingen ontwikkeld: *Lareb Intensive Monitoring* (LIM). Patiënten die een met deze methode gevolgd geneesmiddel gaan gebruiken, krijgen in de openbare apotheek bij de eerste uitgifte informatie over de LIM studie en er wordt gevraagd of hij of

zij hieraan wil meedoen. Na online registratie ontvangt de patiënt per e-mail op verschillende tijdstippen een vragenlijst. Hierbij worden vragen gesteld over geneesmiddelgebruik en eventuele bijwerkingen, waarna de informatie bij Lareb wordt geanalyseerd. Het doel is om nieuwe bijwerkingen te vinden of informatie over al bekende bijwerkingen te identificeren. Het systeem werd in 2006 in gebruik genomen en in juni 2012 promoveerde Linda Härmark aan de Rijksuniversiteit Groningen met de proefschrift *'Web-based intensive monitoring, a patient based pharmacovigilance tool'*, waarin de ervaringen die men inmiddels heeft opgedaan met LIM zijn onderzocht.

De studies waarbij de geneesmiddelen pregabaline (Lyrica®) en duloxetine (Cymbalta®) en het pandemische H1N1 influenzavaccin gevolgd worden, laten zien dat het LIM-systeem in de praktijk goed werkt. Met LIM is het mogelijk om nieuwe bijwerkingen te identificeren, maar ook om de frequentie van bijwerkingen te kwantificeren. Omdat er meerdere vragenlijsten gestuurd wordt, is het ook mogelijk om het beloop van bijwerkingen in de tijd te volgen. Dit kan informatie geven over wanneer een bijwerking optreedt, of het spontaan overgaat of alleen na staken en ook hoe lang het duurt voordat

herstel optreedt. Deze informatie kan de therapietrouw bij patiënten verhogen omdat betrouwbare informatie beschikbaar is hoe lang een bijwerking duurt.

Bij LIM is de patiënt de bron van informatie. Dit sluit goed aan bij de nieuwe Europese regelgeving die per juli 2012 is ingegaan, waarbij patiënten een belangrijker rol gaan spelen in de geneesmiddelenbewaking. Dit onderzoek laat zien dat door patiënten gerapporteerde informatie geschikt is om kennis over bijwerkingen te vergroten. In een van de deelonderzoeken werd onderzocht waarom patiënten meedoen met het LIM onderzoek. Het onderzoek liet zien dat patiënten het belangrijk vinden om een bijdrage te kunnen leveren aan actieve geneesmiddelenbewaking. In de nieuwe Europese regelgeving is er meer aandacht voor het volgen van de veiligheid van geneesmiddelen nadat ze op de markt zijn toegelaten; zogenaamde Post-Authorisation Safety Studies (PASS). Lareb Intensive Monitoring zou gebruikt kunnen worden om dit soort studies uit te voeren. Het voordeel van LIM ten opzichte van andere methoden is, dat het primair is ontwikkeld om informatie over geneesmiddelen en bijwerkingen te verzamelen. Ook het gebruik van de patiënt als bron van informatie is belangrijk, omdat de patiënt goed kan weergeven



wat er met hem is gebeurt tijdens geneesmiddelengebruik.

Dit proefschrift laat zien dat LIM een belangrijke bijdrage aan de kennis over zowel gebruik als over de bijwerkingen van geneesmiddelen kan leveren. Het

is een waardevolle toevoeging op de huidige methoden die gebruikt worden om de veiligheid van geneesmiddelen te bewaken.

Linda Härmark studeerde farmacie aan de universiteit van Uppsala in Zweden.

Sinds 2004 is ze werkzaam bij het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb.

Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb, 's-Hertogenbosch, e-mail: l.harmark@lareb.nl



Samenvatting proefschrift Merel Hellemons

PREDICTION AND PREVENTION OF CHRONIC RENAL IMPAIRMENT IN HIGH-RISK POPULATIONS

TYPE 2 DIABETES, HYPERTENSION & LUNG TRANSPLANTATION

30 mei 2012, Rijks Universiteit Groningen

Promotores: prof. dr. D. De Zeeuw & prof. dr. G.J. Navis

Co-promotores: dr. H.J. Lambers-Heerspink & dr. S.J.L. Bakker

Chronische nierziekten vormen een toenemend wereldwijd gezondheidsprobleem. Het hebben van chronische nierziekte is geassocieerd met een verhoogd risico op nierfalen, cardiovasculaire complicaties en overlijden. Als nierziekten vroegtijdig kunnen worden voorspeld of ontdekt, lukt het vaak om het verloop en het ontstaan van complicaties met de juiste behandeling gunstig te beïnvloeden. Het proefschrift gaat over het voorspellen en voorkomen van chronische nierziekten in verschillende

groepen patiënten met een hoog risico.

Type 2 Diabetes & Hypertensie

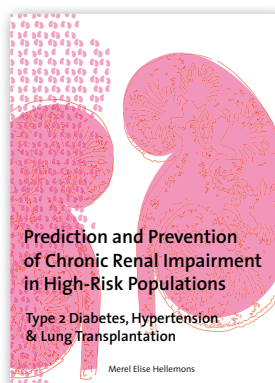
In het eerste deel van het proefschrift wordt gekeken naar patiënten met type 2 diabetes en hoge bloeddruk. Dit zijn grote en snel groeiende groepen patiënten met een relatief licht verhoogd risico, die met name in de eerste lijn behandeld worden.

Tot op heden bleken er weinig valide biomarkers beschikbaar om optreden van verhoogde albuminurie, een van de vroegste uittingen van chronische nierziekten, te voorspellen. Wij identificeerden Growth-Differentiation Factor-15 (GDF-15) en high-sensitivity Troponine T (hs-TnT) als voorspellende markers voor ontstaan en verergering van verhoogde albuminurie.

Met betrekking tot behandeling middels

RAAS-remmers, vonden we dat niet alleen de initiële bloeddrukdaling van belang was voor lange termijn uitkomsten, maar dat met name ook de initiële albuminuriedaling van belang was. Dit impliceert dat het titreren van RAAS-remmers op de bloeddruk wellicht niet de meest effectieve behandelstrategie is.

Tot slot bekeken we de implementatie van de richtlijn met betrekking tot screening en behandeling van albuminurie bij patiënten met type 2 diabetes in de Nederlandse huisartsenpraktijk. In een groot cohort van meer dan 14,000 patiënten met type 2 bleek dat er in slechts 58% gescreend werd op nierziekten, en dat bij onbehandelde patiënten met verhoogde albuminurie er slechts in 13% adequate therapie werd voorgeschreven n.a.l.v. deze bevinding.



Longtransplantatie

In het tweede deel van het proefschrift keken we naar een relatief kleinere groep patiënten die een longtransplantatie hebben ondergaan, met echter een zeer sterk verhoogd risico op nierziekten; op lange termijn ontwikkelt 5-10% van de longtransplantatieontvangers terminaal nierfalen.

Sinds de eerste longtransplantatie meer

dan 20 jaar geleden is er veel gebeurd op het gebied van longtransplantatie. Om te beginnen zijn de criteria voor acceptatie van een ontvanger geleidelijk soepeler geworden, waardoor de ontvangers steeds ouder zijn geworden en meer bijkomende ziekten hebben. Deze factoren maken dat de a priori kans op nierfunctiestoornissen groter is geworden. In het longtransplantatiecohort uit het UMC Groningen sinds 1990 vonden we dat hoewel het profiel van de longtransplantatiepatiënten geleidelijk ongunstiger is geworden met het oog op nierfunctiestoornissen, de uitkomsten met betrekking tot de nier in de loop der jaren duidelijk zijn verbeterd. Dit is mogelijk toe te schrijven aan de switch van ciclosporine naar tacrolimus, aangezien tacrolimus mogelijk minder nefrotoxisch is. Daarnaast spelen echter een de verfijning van de chirurgische technieken, en een *learning-curve effect* rondom de behandeling van deze patienten

een rol.

We waren daarnaast geïnteresseerd welke andere risicofactoren er bestaan voor het ontstaan van nierfunctiestoornissen na longtransplantatie. De belangrijkste nieuwe bevinding was dat ondanks het staken, voormalig roken dosisafhankelijk geassocieerd was met nierfunctieachteruitgang na longtransplantatie.

Tot slot vonden we dat de op serum-creatinine gebaseerde nierfunctieformules (MDRD, Cockcroft-Gault, CKD-EPI) t.o.v. gouden standaard nierfunctiemeting een onderschatting gaven van 12-32%, en minder goed in staat waren een snelle achteruitgang in nierfunctie tijdig op te pikken. Dit beperkt de toepassing van deze formules voor het monitoren van de nierfunctie na longtransplantatie.

Voor meer informatie over de beschreven onderzoeken of een kopie van het proefschrift kunt u zich wenden tot: hellemons.merel@gmail.com.



Samenvatting proefschrift Rémy Mostard

ASSESSMENT OF INFLAMMATORY ACTIVITY IN SARCOÏDOSIS

12 oktober 2012, Universiteit Maastricht
Promotor: Prof. dr. M. Drent

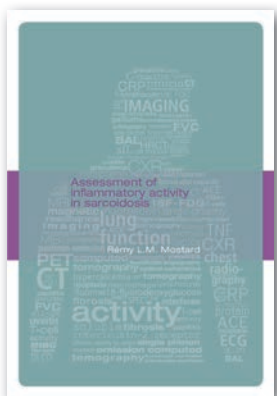
Het vaststellen van inflammatoire activiteit bij sarcoïdose kan prognostische en therapeutische implicaties hebben en kan tevens nuttig zijn voor het monitoren van het ziektebeloop. Een

gestandaardiseerde benadering voor het vaststellen van inflammatoire activiteit is dus van groot belang.

In de praktijk wordt voor het vaststellen van inflammatoire activiteit bij sarcoïdose vooral gebruik gemaakt van klinische parameters, zoals veranderingen in longfunctiewaarden en radiologische bevindingen. Daarnaast worden vaak serolo-

gische inflammatoire markers bepaald, zoals angiotensin-converting enzyme (ACE), neopterine, C-reactive protein (CRP) en soluble interleukine-2 receptor (sIL-2R). Bij nieuw gediagnosticeerde, symptomatische sarcoïdosepatiënten en bij sarcoïdosepatiënten met progressieve radiologische of longfunctionele afwijkingen kan aangenomen worden dat er sprake is van inflammatoire activiteit. Bij

sarcoïdosepatiënten met onverklaarde persistente invaliderende symptomen is het echter lastiger om vast te stellen of er nog sprake is van activiteit van de ziekte. Bij dergelijke patiënten hebben klinische, longfunctionele en radiologische bevindingen slechts beperkte waarde bij het vaststellen van inflammatoire activiteit. Het is aangetoond dat de ¹⁸F-FDG PET/CT scan een sensitieve techniek is voor het vaststellen van inflammatoire activiteit en de uitgebreidheid van orgaanaantasting bij sarcoïdosepatiënten. Gezien de extra stralenbelasting en de relatief hoge kosten is dit echter geen 1^e keuze onderzoekstechniek en zeker niet geschikt voor screening.



Het doel van het in dit proefschrift beschreven onderzoek was het evalueren van de waarde van al deze beschikbare testen voor het vaststellen van inflammatoire activiteit en de relatie van deze testen met parameters van de ernst van de ziekte in een populatie van sarcoïdosepatiënten met onverklaarde persistente symptomen. In dit proefschrift wordt beschreven dat het merendeel van de sarcoïdosepatiënten met onverklaarde persistente symptomen nog inflammatoire activiteit vertoont, met frequent ook extrathoracale lokalisaties. Het gebruik van de PET scan voor het vaststellen van inflammatoire activiteit lijkt met name nuttig te zijn bij sarcoïdosepatiënten met onverklaarde persistente symptomen en binnen deze groep in het bijzonder bij patiënten zonder verhoogde serologische inflammatoire markers en bij patiënten met fibrotische afwijkingen. Verder wordt een klinische predictieregel beschreven die bruikbaar bleek te zijn voor het identificeren van sarcoïdosepatiënten bij wie de aanwezigheid van inflammatoire activiteit zeer waarschijnlijk was. Het gebruik van deze regel zou dus behulpzaam kunnen zijn bij het identificeren van sarcoïdosepatiënten bij wie het verrichten van een PET scan meerwaarde zou hebben om inflammatoire activiteit

vast te stellen. De gevonden resultaten kunnen van klinisch belang zijn door het ondersteunen van een selectiever gebruik van een PET scan voor het vaststellen van inflammatoire activiteit bij sarcoïdose.

Daarnaast kan het gebruik van de PET scan behulpzaam zijn bij het vaststellen van de uitgebreidheid van orgaanaantasting en voor het kiezen van de juiste biopsielokatie om de diagnose te onderbouwen of ter verklaring van (met name extrathoracale) symptomen. Tevens kan het aantonen van extrathoracale laesies van prognostisch belang zijn. Afgezien van de waarde van de PET scan voor therapeutische besluitvorming of follow-up, kan alleen al het vaststellen van somatische afwijkingen zeer waardevol zijn voor patiënten met persistente symptomen waar eerder geen verklaring voor was. Een verdere standaardisatie van het diagnostisch traject voor het vaststellen van inflammatoire activiteit bij sarcoïdosepatiënten is wenselijk voor klinische doeleinden, maar ook om de kosten beheersbaar te houden. Voor meer informatie over de beschreven onderzoeken of een kopie van het proefschrift kunt u zich wenden tot: r.mostard@atriummc.nl

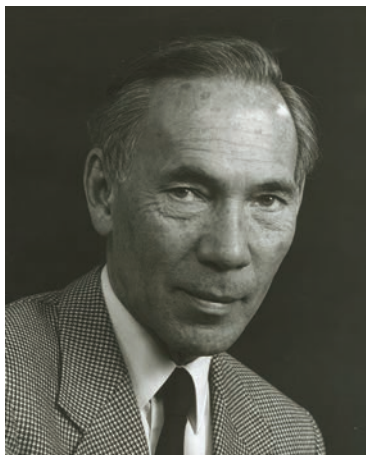
IN MEMORIAM

prof.dr. Hero Deenstra (1919 - 2012)

Hero Deenstra werd op 5 juni 1919 op het eiland Banda Neira, in het toenmalige Nederlands Indië, geboren. Zijn Chinees-Indische vader was daar gouvernementsarts, zijn moeder kwam uit Groningen. Zijn basisopleiding kreeg hij van zijn moeder en voor zijn verdere scholing werd hij naar Nederland gestuurd. Hij ging uiteindelijk in Utrecht geneeskunde studeren.

Na zijn afstuderen werd hij eerst militair arts. In die hoedanigheid maakte hij het bombardement van Rotterdam mee. Later nam hij waar als huisarts in Zeeland en Winterswijk. In 1943 begon hij in het Academisch Ziekenhuis in Utrecht aan zijn opleiding tot internist. Op 1 juli 1947 promoveerde hij bij prof. de Langen op het proefschrift: "Over de galkleurstof en de diazoreactie". Van deze opleidingsperiode herinnerde hij zich nog hoe hij in de barakken van het AZU kinderen met difterie behandelde en regelmatig een tracheotomie moest verrichten.

Na zijn opleiding tot internist voltooid te hebben, werd hij benoemd tot "wetenschappelijk hoofdamtenaar longziekten" in het AZU. Zijn chef was prof. Bronkhorst en één van zijn collega's was dr. J. Swierenga. Over deze periode vertelde hij dat prof. Bronkhorst zijn 2 souchefs (Deenstra en Swierenga) tegen elkaar uit speelde door nauwkeurig bij te houden hoeveel geslaagde tumorpuncties de beide heren konden rapporteren. Het leidde tot een zekere rivaliteit, die tot het einde van de carrière van beiden zou blijven bestaan en waar ik tijdens mijn opleiding en daarna, toen de scherpe kantjes er al vanaf waren, nog het staartje van heb meegemaakt. Op 10 november 1958 werd Hero Deenstra benoemd tot buitengewoon hoogleraar in "De leer der longziek-



ten". Op 1 januari 1959 werd deze benoeming omgezet in een gewoon hoogleraarschap. Op 14 mei 1959 hield hij een oratie over "Beoordeling van Validiteit". In de zestiger jaren was hij de eerste decaan van de medische faculteit. In die hoedanigheid stimuleerde hij de onderwijsvernieuwing. Het was de tijd dat huisartsgeneeskunde een officieel vak werd. Ook bemoeide hij zich met de eerste plannen voor de nieuwbouw van het Academisch Ziekenhuis.

In 1976 werd ik assistent in opleiding bij hem en leerde hem kennen als een zeer aimabel en toegankelijk hoofd van de afdeling. De fotobesprekingen 's ochtends waren altijd boeiend evenals zijn "grote visite". Hij huldigde daarbij het standpunt dat de keuzes in het beleid in de eerste plaats door "de dokter aan bed" in casu de assistent gemaakt moesten worden, die kende de patiënt immers het beste. Een tweede Leitmotiv was: "In die Beschränkung zeigt sich der Meister". Hij hield ervan zo recht mogelijk op zijn doel af te gaan en niet allerlei diagnostische omzwervingen te maken. En hoewel hij de vaktechnische vaardigheden uitstekend beheerste leerde hij ons vooral

hoe je over het vak kon denken: de filosofie van de longziekten. Hij had altijd veel belangstelling voor aandoeningen als sarcoïdose, Langerhanscel histiocytose, andere interstitiële afwijkingen en bulleus emfyseem. In de behandeling van astma en COPD stond hij een multidisciplinaire aanpak voor waarin naast medicatie een belangrijke rol was weggelegd voor de fysiotherapeut om het ziektegedrag te beïnvloeden.

Als jong staflid, belast met consultatieve taken op alle afdelingen van Academisch Ziekenhuis, was het prettig dat ik altijd voor advies bij hem kon aankloppen als ik op een lastig medisch probleem was gestuit. Hij ging dan desgevraagd onmiddellijk met me mee, steunde mij in mijn beleid om mij later in de veilige omgeving van zijn kamer in alle rust uit te leggen hoe het probleem ook, en vaak beter, aangepakt had kunnen worden. In de laatste jaren van zijn hoogleraarschap heb ik veelvuldig van zijn kennis en inzicht gebruik kunnen maken in het kader van mijn lidmaatschap van de faculteitsraad. Hij kende de faculteit immers van binnen en van buiten.

Al met al is prof. Deenstra bepalend geweest voor de longarts die ik zelf ben geworden en ik ben hem daar zeer dankbaar voor.

Hoewel hij na het overlijden van zijn vrouw nog een actief leven leidde en nog tot in 2012 in zijn tuin werkte, begon hij steeds meer aangewezen te worden op de hulp van kinderen en kleinkinderen. Toen dat niet meer ging overleed hij op 5 september 2012 op 93 jarige leeftijd. Een bijzonder erelid van de NVALT is ons daarmee ontvallen.

Harm Jan Huidekoper

Kandidaat-leden

- Flora de Boer** (aios, Martini Ziekenhuis, Groningen)
Frank Borm (aios, Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem)
Sarah Bosselaar (aios, HagaZiekenhuis, Den Haag)
Emanuel Citgez (aios, Medisch Spectrum Twente, Enschede)
Marlies van Dijk (aios, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen)
Miranda Geelhoed (aios, Erasmus MC, Rotterdam)
Nynke ten Hertog (aios, Isala klinieken, locatie Weezenlanden, Zwolle)
Florine van der Horst-van der Vegt (aios, HagaZiekenhuis, Den Haag)
Leonie Imming (aios, Medisch Spectrum Twente, Enschede)
Jasper Kappen (aios, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam)
Liesbeth ten Klooster (aios, Sint Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein)
Willemien Nienhuis (aios, Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden)
Gerdien Venema (aios, Isala klinieken, locatie Weezenlanden, Zwolle)
Esther Vis (aios, Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden)
Lidewij Visser (aios, HagaZiekenhuis, Den Haag)

Nieuw benoemde longartsen

- Melanie Dubbers** Sint Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
Marieke van Harskamp Ziekenhuis De Tjongerschans, Heerenveen
Lizza Hendriks Maastricht Universitair Medisch Centrum
Sami Simons Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
Murat Türk Röpcke Zweers Ziekenhuis, Hardenberg
Ivonne Wilting BovenIJ Ziekenhuis, Amsterdam

Nieuwe rustende leden

- Marijn Bins** Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, Goes
Willem Westerman Isala Kliniek, Zwolle

Overleden

- Ben Koolhaas**, Nijverdal

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
JANUARY 2013		
12	8	MedicALS - Riel (NL)
16	10	Slaapcursus der Lage Landen deel 1 voor Artsen - Edegem (BE)
i.a	10	Tuberculose: nog alom aanwezig, programma studiedagen Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding - Leusden (NL)
	11	Afscheidsymposium Dr. René Aalbers (Groningen)
12	15	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
5	16	6e Jaarsymposium Pulmonologie. 12 maanden longziekten in vogelvlucht. - Utrecht (NL)
i.a	17	3e jong Oncologen Avond "Boven het diafragma, voor de lens" - Nijmegen (NL)
6	18	15e Nationale Longkanker Symposium - Amsterdam (NL)
5	18	Pulmonale Hypertensie; een zaak van hart en longen - Nieuwegein (NL)
30	19	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congres (SCCM 2013) - San Juan (PR)
4	19	Symposium Thorax Oncology - Gent (BE)
i.a	24	6e Longfibrose Symposium - Amersfoort (NL)
6	24	7e CAHAG Conferentie - Utrecht (NL)
17	28	WinterILD School - Pathology, radiology and clinical correlation in interstitial lung diseases - Davos (CH)
	29	Astma & COPD; Herrie in The Silent Zone - Rotterdam (NL)
i.a	29	Masterclass Immune Mediated Inflammatory Diseases - Oud Zuilen (NL)
12	31	Bronkhorst colloquium (congres) - Blankenberge (BE)
8	31	Bronkhorst colloquium (voortoets)- Blankenberge (BE)
FEBRUARI 2013		
30	3	International Winter Symposium in Intensive Care Medicine (2013) - Grindelwald (CH)
2	7	Discussieavond "Longkanker en moleculaire testing" - Breukelen (NL)
12	7	International Symposium on Infections in the Critically ill Patient (2013) - Sevilla (ES)
	8	5th International Meeting on Pulmonary Rare Diseases and Orphan Drugs - Milaan (IT)
20	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)
12	26	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
MAART 2013		
i.a.	3	Wengen op de Wadden - Terschelling-West (NL)
18	7	Annual Meeting on Clinical Trials in Intensive Care (NOOSA 2013) - Noosa (AU)
	8	Symposium TBC afd. Beatrixoord UMCG - Groningen (NL)
4	12	Symposium: Bronchiëctasieën: van zorgmanagement tot zelfmanagement. - Groesbeek (NL)
14	17	Op de hoogte van Astma, van uncontrolled tot ernstig astma 2013 - Davos Platz (CH)
24	19	International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine (ISICEM 2013) - Brussel (BE)
	21	Monitoring of Airway Diseases - Luik (BE)
12	25	Longartsenweek - Papendal Arnhem (NL)
12	26	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)

Punten	Datum	Nascholing
APRIL 2013		
12	11	MedicALS - Riel (NL)
6	12	Frontiers in Critical Care - Amsterdam (NL)
12	16	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
	18	Longdagen - Utrecht (NL)
4	25	Multidisciplinair Symposium Longkanker Centraal - Utrecht (NL)
MEI 2013		
33	6	16th Annual Comprehensive Review & Update of Perioperative Echo (SCA) - Atlanta (US)
36	17	Annual Meeting American Thoracic Society (ATS 2013) - Philadelphia (US)
	30	Ergometrie cursus
JUNI 2013		
12	6	MedicALS - Riel (NL)
	6	WASOG Parijs (FR)
17	9	Palliatieve Zorg bij COPD - Liverpool (GB)
12	13	NVIC Circulatiedagen 2013 - Ede (NL)
12	18	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
11	20	Masterclass Respiratory Infections - Barcelona (ES)
AUGUSTUS 2013		
26	28	11th World Congress on Intensive Care and Critical Care Medicine (WFSICCM 2013) - Durban (ZA)
SEPTEMBER 2013		
12	17	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
12	19	NVIC Traumatologie en Acute Geneeskunde 2013 - Ede (NL)
OKTOBER 2013		
12	1	MedicALS - Riel (NL)
30	5	Annual Congress European Society of Intensive Care Medicine (ESICM 2013) - Parijs (FR)
27	12	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2013) - San Francisco (US)
12	15	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
18	17	ANZICS Intensive Care Annual Scientific Meeting 2013 - Hobart (AU)
NOVEMBER 2013		
12	19	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
12	21	NVIC infectiedagen 2013 - Ede (NL)
DECEMBER 2013		
12	10	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
12	17	MedicALS - Riel (NL)
JANUARI 2014		
30	9	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congress (SCCM 2014) - San Francisco (US)
OKTOBER 2014		
27	11	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2014) - New Orleans (US)

Punten	Datum	Nascholing
E-LEARNING / INDIVIDUELE NASCHOLING		
1		"De fundamente van de inhalatietechniek"
1		"Post Congress TV ERS Highlights"
1		"Post Congress TV ERS Highlights"
5		"Webcast: Het 2de Zeister Longsymposium - Astma: écht geen probleem meer?"
1		"Webcast: Symposium Longziekten - Veranderingen in de Zorg en Research"
		Behandeling tabaksverslaving in de lhuisartsenpraktijk
1		Behandeling van huiduitslag bij EGFR remmers
1		Collegetour Longcarcinoom: het belang van moleculaire diagnostiek
1		Collegetour: behandeling van het niet-kleincellig longcarcinoom
1		EGFR en de behandeling van longcarcinoom met TKI's
1		Geneesmiddeleninteracties bij longcarcinoom. Aflevering 1: De juiste dosis voor iedere patiënt.
1		Geneesmiddeleninteracties bij longcarcinoom. Aflevering 2: Behandeling van NSCLC met EGFR-tyrosinekinaseremmers.
1		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
i.a.		Masterclass Longcarcinoom
2		On-demand webcast ASCO TeleReview® 2010
1		OncoMotief 18 Klein Vlekje
1		OncoMotief 20 Therapie op maat bij NSCLC
1		On-demand webcast ASCO TeleReview®2011
6		Online nascholing Moleculaire Longoncologie
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 10: rechterhartcatheterisatie
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 2: definitie en classificaties
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 3: symptomen, beloop en epidemiologie
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 4: endotheel en endotheline
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 5: ziekteprogressie en overleving
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 6: richtlijnen en diagnostiekalgoritme
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 7: echoguidelines en echodiagnostiek
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 8: screening
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 9: vervolgonderzoek
1		Online nascholing richtlijn COPD- deel 1
1		Online nascholing richtlijn COPD- deel 2
1		Pathofysiologie, epidemiologie en prognose van Pulmonale Hypertensie (PH)
1		Post-ASTRO Webcast 2010 LIVE
1		Post-ASTRO Webcast 2010 On-demand
4		SWAB-richtlijn, van theorie naar praktijk
1		WebTV nascholing: Herziene richtlijn niet-kleincellig en kleincellig longcarcinoom 2011
1		WebTV Nieuwe astma en allergische rhinitis test 2012
1		WebTV Stoppen met roken

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