

PULMO

Script

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT
JAARGANG 24, NR. 2 JUNI 2013

RENÉ AALBERS:
"ALLES WERD STEEDS
WEER ANDERS"

GERNOT ROHDE
BENOEMD TOT
HERMES DIRECTOR

OPLEIDING IN DE KIJKER:
ST RADBOUD, NIJMEGEN

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. Flug

Uiterste datum voor insturen kopij
nr. 3: 15 augustus 2013

PulmoScript verschijnt eenmaal
per kwartaal in een oplage
van 1200 exemplaren.

De redactie behoudt zich het recht voor
om teksten te weigeren, te bewerken
of in te korten.

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 Vacature Bestuurslid Kwaliteit
- 07 Verslag huishoudelijke NVALT vergadering 18 april 2013

Commissies, secties en werkgroepen

- 16 Vanuit de sectie assistenten:
Assistentendag 2013
- 17 Vanuit de Commissie Bronkhorst:
Concept programma Bronkhorst 2013
- 18 Vanuit de Commissie Richtlijnen:
Leidraad voor commentaar en autorisatieverzoeken voor richtlijnen
- 19 Vanuit het bestuur Werkgroepen

Rubrieken

- 20 Opleiding in de kijker: UMCN St. Radboud, Nijmegen
- 22 Pulmonaal Portret: Johan Lie

Interview

- 23 Gernot Rohde: Hermes director
- 26 René Aalbers: "Alles werd steeds weer anders"

Nascholing

- 29 Samenvatting proefschrift Gerben Stege
Sleep and the use of sleep medication in chronic obstructive pulmonary disease
- 31 Samenvatting proefschrift Herman Groepenhoff
Clinical relevance of exercise testing in pulmonary hypertension

En ook...

- 34 NVALT lustrum feest
- 36 Longdagen 2013
- 25 Oproep NRS Swieringa Thesis Award 2014
- 25 Oproep NRS Swieringa Penning
- 33 Beleidsmedewerker Pieter Broos

Personalia

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

41 Congresagenda



Geachte lezer,

Voor u ligt de zomereditie van PulmoScript. Het weer heeft de laatste tijd niet meegezeten. De lange kwakkelperiode heeft bij u ongetwijfeld gezorgd voor een groot aanbod van patiënten. Het is te hopen dat u nog wordt beloond met mooi zomerweer tot diep in het najaar.

Vanuit de commissie, secties en werkgroepen wil ik uw aandacht vragen voor het concept programma voor het Bronchorst Colloquium 2013. Het belooft opnieuw een boeiend programma te worden. Voorts wil ik u graag attenderen op de mededelingen vanuit de commissie richtlijnen. Zoals u weet heeft de NVALT altijd voorop gelopen als het gaat om richtlijnontwikkeling. Er wordt nu verdere professionalisering bereikt met de Leidraad voor commentaar en autorisatieverzoeken voor richtlijnen. Bernt van den Blink, voorzitter van de commissie richtlijnen, presenteerde het voorstel overtuigend tijdens de laatste ledenvergadering. Tijdens dezelfde ledenvergadering werd de richtlijn 'non-invasieve beademing tijdens acute respiratoire insufficiëntie bij COPD' besproken. Peter Wijkstra, als voorzitter van de werkgroep, gaf een toelichting. De richtlijn werd ontwikkeld volgens de tegenwoordig gangbare cyclus, inclusief knelpunten-analyse vooraf, GRADE beoordeling en inbreng van patiënten. Het is een praktische richtlijn die, getuige uw inbreng in de knelpunten-analyse, duidelijk voorziet in een behoefte. De richtlijn werd geautoriseerd en kan dus worden toegepast in de praktijk.

Graag wil ik alle AIOS attenderen op de aankondiging van Wouter van Geffen en Esther Nossent voor de NVALT-assistentendag op 21 september. Een goede traditie, die vooral in ere gehouden moet worden. Het thema is deze keer 'het diafragma'. Komt allen!

In de rubriek 'Opleiding in de kijker' doet het Radboud Ziekenhuis Nijmegen een boekje open. De onderscheidende kenmerken worden belicht. Kennelijk heerst er ook een opgewekte stemming in deze hoek van het land. Ik kan uit ervaring spreken dat dit inderdaad het geval is in Nijmegen. Met het pulmonaal portret krijgt u de gelegenheid Johan Lie beter te leren kennen. Wist u dat hij het als kok ook ver had kunnen schoppen? Hier blijft het niet bij, u krijgt nog meer ontboezemingen van hem te horen.

De interviews zijn ook weer zeer de moeite van het lezen waard. Gernot Rohde werd ondervraagd vanwege zijn functie als Hermes director. We zijn er trots op dat we vanuit Nederland deze functie vervullen. Ook is het interview een mooie gelegenheid om hem beter te leren kennen. Het interview met René Aalbers staat in het teken van zijn afscheid van het vak. René heeft zich altijd zeer actief ingezet voor ons vak. We zijn hem hiervoor veel dank verschuldigd.

De editie is verder rijkelijk gevuld met een scala aan onderwerpen. Ik wens u veel leesplezier en alvast een fijne zomer.

Oh ja, windsurfen schijnt ook erg goed te zijn voor de longen...

Folkert Brijker
*Wetenschappelijk
secretaris NVALT*



Vanuit het bestuur

Beste NVALT leden,

Op 18 april jongst leden ben ik tijdens de huishoudelijke vergadering van onze vereniging Geertjan Wesseling opgevolgd als voorzitter. Ik wil u bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen. Met volle kracht wil ik en wij als bestuur verder met de plannen die er liggen en doelstellingen formuleren voor onze ambities van het komende jaar. Om dit voor onszelf meer vorm te geven houden wij 1 maal per jaar een visionaire dag. Deze heeft op 29 mei plaats gevonden. Een aantal onderwerpen wil ik graag met u delen.

We willen het kwaliteitsbeleid verder professionaliseren. Daartoe is een beleidsmedewerker aangenomen. Pieter Broos zal ons de komende anderhalf jaar gedurende 12 uur per week komen versterken om dit te effectueren. Op dit moment inventariseert hij wat er aan kwaliteit binnen de NVALT gebeurt en wat de wensen zijn. Op het gebied van richtlijnen, indicatoren, complicatieregistratie, outcome-indicatoren, kwaliteitsvisities, opleiding, accreditatie en IFMS zullen doelstellingen geformuleerd moeten worden, waarna een agenda voor de komende jaren gemaakt kan worden om de kwaliteit zichtbaar te verbeteren.

Het verder uitwerken van ons meerjarenbeleidsplan zal dit jaar vorm moeten krijgen. De algemene longziekten en de verdiepingsgebieden (differentiaties) hebben daarin onze prioriteit. De eindtermen van de opleiding, de themakaarten en het opleidingsplan zullen de basis vormen van de beschrijving van de algemene longziekten. Mogelijk dat

hier ook bekwaamheidsniveaus bij moeten worden betrokken. Voor de verdiepingsgebieden ligt een vraag bij de nu reeds bestaande werkgroepen om aan te geven of zij tot een beschrijving van een verdiepingsgebied zouden kunnen komen. De werkgroepen WAS en WON hebben hierin de meeste vorderingen gemaakt. Hen zal als eerste gevraagd worden te beschrijven wat zij vinden dat vanuit hun domein tot de basis hoort, daarna zullen de andere werkgroepen volgen. Voor de beschrijving van de basis algemene longziekten zal een commissie worden benoemd waarin zowel academische ziekenhuizen, perifere opleidingsziekenhuizen, niet opleidingsziekenhuizen alsook een AIOS zijn vertegenwoordigd. Na het beschrijven van de basis zal dit aan de werkgroepen worden voorgelegd. Van alle verdiepingsgebieden moet duidelijk worden wat daarvan ook in de basis hoort. Onze ambitie is dat volgend jaar het plan voor de algemene longziekten en de verdiepingsgebieden gereed is. De verdere uitwerking van de expertise centra volgt in tweede instantie.

In het project voorstel "herinrichting scholing en nascholing voor de longarts" van Johan Molema en Guul ten Velde is geïnventariseerd wat er op dit moment aan scholing (voor arts assistenten) en nascholing (longarts en indien van toepassing arts assistenten) is en wat de lacunes zijn. In het kader van het nieuwe opleiden kunnen en moeten beiden vormen van scholing verbeterd worden. Het aanbod van scholing aan de AIOS is kwalitatief goed maar dekt niet volledig de door de NVALT gestelde eindtermen. Daarnaast wordt nog onvoldoende aandacht geschonken aan de CANmeds competenties. De nascholing wordt nu deels aangeboden

onder verantwoordelijkheid van de NVALT (bv Bronkhorst Colloquium, longartsenweek en ergometrie cursus) alsook door andere instanties dan de NVALT en ook buiten diens verantwoordelijkheid of de verantwoordelijkheid van de sectie school voor longziekten. Deze nascholing wordt wel beoordeeld door de commissie accreditatie van de NVALT. Meer afstemming van nascholing is wenselijk. Het bestuur en de sectie school voor longziekten zullen zich hierover moeten beraden. De inhoud van de "nieuwe" scholing volgt uit het hierboven beschreven beleidsplan waarin de algemene longziekten en de verdiepingsgebieden beschreven zullen gaan worden. Het doel is dat geaccrediteerde nascholing in Nederland verkregen moet kunnen worden. Daarnaast zullen er eisen gesteld gaan worden aan de te halen 200 accreditatie punten per 5 jaar. Een verdeling over de algemene longziekten, verdiepingsgebieden en expertise centra, indien van toepassing, alsook over de verschillende CANmeds competenties ligt voor de hand. Er zal een beleidsplan geschreven moeten worden "toekomstvisie 2013-2025". Hiervoor zullen wij met de Sectie school voor Longziekten en de Commissie Cursorisch Onderwijs plannen gaan maken.

Een punt van zorg ligt al jaren bij de toewijzing van het aantal en de plaats van onze opleidingsplaatsen. Vanaf 2012 is BOLS verantwoordelijk voor het doen van toewijzingsvoorstellen voor de medisch specialistische vervolgopleidingen en de BOLS-kamerberoepen. BOLS doet dit in belangrijke mate samen met de OOR's en de wetenschappelijke verenigingen die een advies uitbrengen over het landelijk toewijzingsvoorstel over de

OOR's. Het advies van onze vereniging is niet gevolgd. Binnen de OOR stelt het opleidingscluster een advies op voor de verdeling per specialisme en stelt het bestuur van de OOR het toewijzingsvoorstel vast. Vanwege een aantal ontwikkelingen - zoals de bezuiniging op het Opleidingsfonds, regionalisatie, spreiding en concentratie binnen ziekenhuizen - voorziet BOLS dat voor de toewijzing 2015 een substantiële wijziging van de toewijzingssystematiek gewenst is. Om die reden wil BOLS graag met de OOR's, de wetenschappelijke verenigingen en de landelijke veldpartijen bespreken hoe zij aankijken tegen recente ontwikkelingen en wat in dit licht hun visie is op de gewenste opleidingscapaciteit en de toewijzingssystematiek vanaf 2015. Voor dit doel organiseert BOLS, mede namens de deelnemende veldpartijen NFU, NVZ en OMS, op 27 september 2013 een Invitational conference onder de titel "Panta Rhei – Instromen voor de zorg van morgen". Wij zullen daar als vereniging aanwezig zijn om mee te denken over de toekomst en frustraties, zoals ook afgelopen jaar, waarin het aantal opleidingsplaatsen en de verdeling afweek van ons advies, zoveel mogelijk te voorkomen.

Ons secretariaat heeft een zeer belangrijke rol in het ondersteunen van al onze activiteiten. Sommige taken zijn zichtbaar andere helemaal niet, maar belangrijk zijn ze allemaal. Wij willen Anja van Beijsterveldt, Constance van Hussen, Wilma Vlug, Diny van der Wijst en Trudy de Baaij heel erg bedanken voor hun tomeloze inzet van het afgelopen jaar. Samen gaan wij het komend jaar weer aan de slag om onze ambities waar te maken.

De hierboven beschreven plannen zijn alleen mogelijk als wij een beroep kunnen doen op onze leden. Door bij te dragen en deel te nemen in secties, werkgroepen en commissies van de vereniging helpen we elkaar verder. Dat kost tijd maar levert ook heel vaak veel op. Wij proberen door middel van het stellen van vacatures geïnteresseerden leden te werven. Daarnaast zullen wij ook persoonlijk leden benaderen. Ik hoop dat we op uw bijdrage kunnen rekenen.

Ik hoop zoveel mogelijk van u te zien op onze ledenvergadering van 4 oktober om persoonlijk van gedachte te kunnen wisselen over onze toekomst plannen. We beloven u dan ook een goed wetenschappelijke

programma waarin een aantal van onze werkgroepen gevraagd wordt de inhoud te verzorgen. Reserveert u deze datum nu al, want onze agenda's staan vol voordat we het weten.

Samen met u wil ik de komende jaren invulling geven aan deze nieuwe ambitieuze taak als voorzitter.



Yvonne Heijdra
Voorzitter NVALT

Vacature Bestuurslid Kwaliteit

Binnen het Bestuur van de NVALT is er een vacature voor een bestuurslid kwaliteit. De bedoeling is dat dit lid samen met onze nieuwe kwaliteitsmedewerker (Pieter Broos) het Kwaliteitsbeleid verder wil gaan vormgeven. Als bestuurslid kwaliteit ligt het voor de hand dat er nauwe afstemming met de Commissie Richtlijnen alsmede Commissie Visitatie gezocht zal worden.

Gezien de ontwikkelingen binnen de Orde van Medisch Specialisten zult u ook contacten leggen met andere wetenschappelijke verenigingen. Tevens zult u deelnemen

aan de vergaderingen van de Raad Kwaliteit binnen de Orde.

Het Bestuur denkt aan een lid, die al een aantal jaren werkzaam is in de klinische praktijk en op een ambitieuze wijze een nieuwe impuls wil geven aan het kwaliteitsbeleid van de NVALT. Voor deze functie is voorzien in een financiële vergoeding.

Mocht u geïnteresseerd zijn in deze functie dan kunt u contact opnemen met het secretariaat van de NVALT of met de bestuursleden Yvonne Heijdra, voorzitter of Herman-Jan Pennings, secretaris.

18 april 2013 te Utrecht

Notulen ledenvergadering NVALT

Aanwezig (getekend op presentielijst: 23)

1. Opening

De voorzitter opent de vergadering om 17.30 uur.

2. Autorisatie Richtlijn Non-Invasieve Beademing bij COPD

**RICHTLIJN
NON-INVASIEVE BEADEMING TIJDENS ACUTE
RESPIRATOIRE INSUFFICIËNTIE BIJ COPD**

- concept -



Concept richtlijn april 2013

SAMENSTELLING WERKGROEP

Dr. P.J. Wijkstra (voorzitter), Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose

Dr. F. Bijker, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose

Dr. W.E.J.J. Harselaar, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose

Dr. H.J.W. Schuur, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose

Dr. R. Tegelaar, Nederlandse Vereniging voor Intensive Care

Dr. H. van Veenendaal, CBO

Mv. Dr. L.M. Verweij, CBO

Mv. Dr. P.J.E. Vos, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose

Dr. T. Kuipers, CBO

GRADE indeling

Tabel 1 Indeling van de kwaliteit van bewijs volgens GRADE

hoog	Er is veel vertrouwen dat het werkzame effect dicht in de buurt ligt van de schatting van het effect.
matig	Er is matig vertrouwen in de schatting van het effect; het werkelijke effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.
laag	Er is beperkt vertrouwen in de schatting van het effect; het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect.
zeer laag	Er is weinig vertrouwen in de schatting van het effect; het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk substantieel af van de schatting van het effect.

Type bewijs	RCT start in de categorie 'hoog'. Observationele studie start in de categorie 'laag'. Alle overige studietypen starten in de categorie 'zeer laag'.	
Downgraden	'Risk of bias'	-1. Serieus -2. Zeer serieus
	Inconsistentie	-1. Serieus -2. Zeer serieus
	Indirectheid	-1. Serieus -2. Zeer serieus
	Imprecisie	-1. Serieus -2. Zeer serieus
	Publicatiebias	-1. Waarschijnlijk -2. Zeer waarschijnlijk
Upgraden	Groot effect	+1. Groot +2. Zeer groot
	Dose-respons relatie	+1. Bereik voor gradënt
	Alle plausible confounding	+1. zou een effect kunnen reduceren +1. zou een tegengesteld effect kunnen suggereren (niet de resultaten geen effect laten zien)

Kwaliteit van het bewijs Matig	Overleving Er is matig vertrouwen in de schatting van het effect van NIV op vermindering van overleving bij patiënten met acute respiratoire insufficiëntie. Rans 2004, Wang 2005
Kwaliteit van het bewijs Matig	Stabiliteit Er is matig vertrouwen in de schatting van het effect van NIV op het voorkomen van stabiliteit bij patiënten met acute respiratoire insufficiëntie. Rans 2004, Wang 2005
Kwaliteit van het bewijs Matig	Comorbiditeit Er is matig vertrouwen in de schatting van het effect van NIV op vermindering van de opname duur bij patiënten met acute respiratoire insufficiëntie. Rans 2004, Siroisbaer (2010)

Aanbevelingen

Het wordt aanbevolen NIV toe te passen voor de behandeling van COPD-patiënten met acute respiratoire insufficiëntie.

Wanneer is NIV geïndiceerd ?

Aanbeveling

Indien aan alle onderstaande criteria wordt voldaan kan NIV op de *longafdeling* gestart worden :

- acute respiratoire insufficiëntie t.g.v. een exacerbatie COPD
- PaCO₂ > 6,0 kPa en 7,25 <pH <7,35
- helder bewustzijn en respiratoire distress
- afwezigheid van pneumonie als dominante oorzaak resp. insufficiëntie
- aanwezigheid van personeel dat geschoold is in NIV

Concept richtlijn april 2013

Wanneer niet ?

De volgende criteria zijn redenen om de COPD patiënt direct aan te bieden aan de intensivist

- pH < 7.25
- de patiënt stopt met ademen
- ernstig verminderd bewustzijn
- psychomotorische onrust
- massale aspiratie
- massale sputum productie
- ernstige hemodynamische instabiliteit
- levensbedreigende hypoxemie

Absolute contra-indicaties

- Intubatie indicatie
- Niet aan een passend masker kunnen leggen
- Bovenste luchtwegobstructie
- Onvoldoende scholing/ervaring met NIV

Relatieve contra-indicaties

- Patient is niet coöperatief
- Patient kan zelf het masker niet afzetten
- Risico op falen van NIV

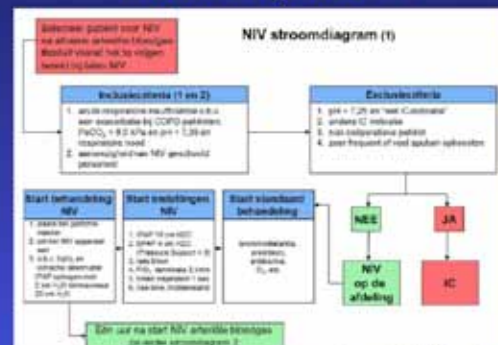
Welke zijn de eisen voor de long afdeling?

- Voldoende scholing en tijd voor NIV
- Eenduidig medisch en verpleegkundig protocol
- Regelmatige evaluatie van organisatie en effectiviteit

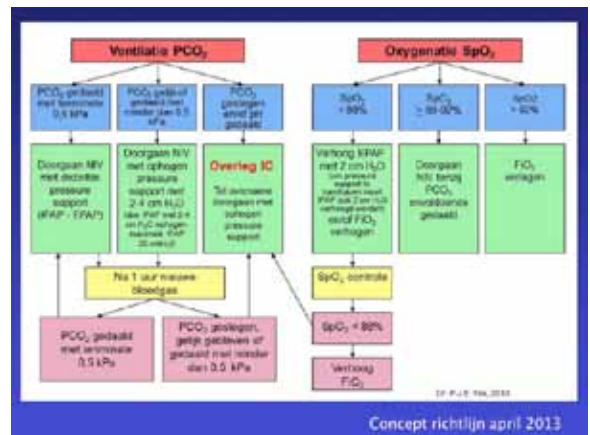
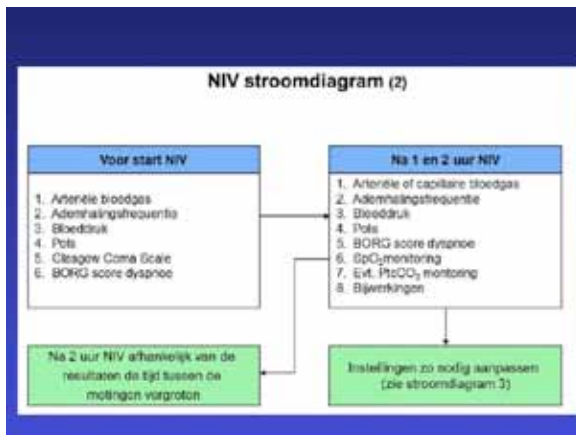
Welke zijn de eisen voor de long afdeling?

- Uitvoering van NIV is volgens de werk groep voorbehouden aan een verpleegafdeling met een volume van minimaal 10 toepassingen per jaar
- Bij een toepassing tussen de 10 en 20 patiënten per afdeling per jaar dient een intensieve samenwerking tussen de verpleegafdeling en intensive care plaats te vinden

Hoe start je NIV ?



Concept richtlijn april 2013



Concept richtlijn april 2013

Stoppen van de NIV

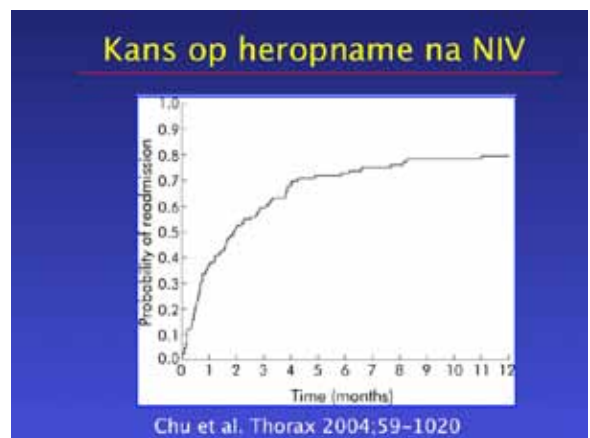
Bij voldoende herstel

- pH > 7.35
- verbetering van onderliggende oorzaak
- verbetering symptomen en ademhalingsfrequentie

kan een weaningstraject ingezet worden

De weaningsstrategie dient gedocumenteerd te worden in het medische en verpleegkundig dossier

Indien bij klinische escalatie met NIV als behandelplafond besloten wordt om te stoppen met NIV dienen klachten van benauwdheid en angst zoveel mogelijk te worden bestreden met de daarvoor geëigende middelen



Indicatoren

- Het percentage patiënten behandeld met NIV op de longafdeling waarbij de geformuleerde inclusie criteria als positief werden beoordeeld
- Het percentage patiënten behandeld met NIV waarbij de eerste 2 uur ieder uur de respiratoire en hemodynamische parameters en bijwerkingen zijn gemeten
- Het percentage van patiënten met een maximaal beleid waarbij geen intubatie nodig was nadat zij met NIV op de longafdeling zijn gestart op basis van de eerder geformuleerde inclusie criteria.

RICHTLIJN NON-INVASIEVE BEADEMING TIJDENS ACUTE RESPIRATOIRE INSUFFICIËNTIE BIJ COPD

- concept -

- Bewezen effectief
- Selecte groep
- Monitoring / scholing van personeel
- Implementatie verloopt niet optimaal

Voor wat betreft de eisen die gesteld worden aan een longafdeling en de samenwerking met de IC ontstaat discussie over het aantal toepassingen per jaar, minimaal 10. Het lijkt verstandig om in het lokale behandelprotocol de samenwerking met de IC vast te leggen.

In de richtlijn staat geen tijd vermeld hoe lang men kan wachten met de start van NIV, alvorens de effecten van medicamenten duidelijk zijn.

Wijkstra benadrukt dat iedere geïndiceerde NIV patiënt die aangeboden wordt in een ziekenhuis, ergens in dat ziekenhuis NIV moet kunnen krijgen. Pennings stelt voor nu de werkgroep COPD bezig is een landelijke uniformiteit op te stellen voor het exacerbatiebeleid COPD, deze laatste opmerking als standard of care op te nemen.

Ook de intensivisten hebben kritisch aan deze richtlijn meegewerkt en naar deze richtlijn gekeken.

De richtlijn wordt door de ledenvergadering geautoriseerd. Wesseling dankt Wijkstra voor het vele werk dat de werkgroep heeft verricht.

2. Notulen vergadering 5 oktober 2012

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

3. Mededelingen vanuit het Bestuur Wesseling

- De voorzitter vraagt een moment stilte om het overlijden van de Heer Ben Koolhaas in november 2012, erelid prof. Chris Hilvering op 11 januari 2013, Jan Bogaard op 13 januari 2013, Meijer Cohen op 8 februari 2013 en Ank Sonneberg op 17 februari 2013 te herdenken.
- De vorige ledenvergadering is langdurig gediscussieerd over de richtlijn Ernstig Astma. De richtlijn werd toen in principe vastgesteld, waarbij het Bestuur de opdracht had toe te zien op een aantal slotbepalingen. Deze zijn aan het document toegevoegd, en zijn terug te vinden op de website van de NVALT. De richtlijn wordt nu omarmd.
- De werkgroep Allergie en Beroepsastma heeft op verzoek van de werkgroep zelf haar naam veranderd in de Werkgroep Astma en Allergie.
- Er is een beleidsmedewerker Kwaliteit aangetrokken, Pieter Broos, vanuit het Kwaliteitsinstituut van de Orde. Hij zal gedurende anderhalf jaar voor 12 uur per week de NVALT bijstaan in de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Hiervoor is ook een aanvraag ingediend bij de SKMS. De functie van Commissaris kwaliteit die ingevuld werd door Christian Melissant, komt daarmee te vervallen. Er zal een nieuw bestuurslid voor de NVALT worden gezocht die kwaliteit in de portefeuille heeft.
- Het synergietraject.
De wetenschappelijke verenigingen hebben het initiatief genomen om meer zaken samen te gaan doen, het synergietraject. Dit houdt o.a. de vorming van een Federatie van wetenschappelijke verenigingen in. Met de totstandkoming van de Federatie verdwijnt de Orde. Dit

betekent dat individuele leden, als lid van de Orde, in de toekomst zullen verdwijnen. Leden zullen straks lid zijn van de Federatie via de wetenschappelijke vereniging. Het idee is dat de organisatiegraad en de stem van de medisch specialisten hiermee zal verbeteren. De details worden nu nog uitgewerkt. Dit kan natuurlijk ook invloed hebben voor de contributie. Iemand die nu al lid is van de Orde zal waarschijnlijk minder gaan betalen en vice versa.

- De NCFS heeft besloten keurmerken te verlenen aan CF-centra. Hierover is een discussie gaande binnen de diverse centra, de werkgroep CF en de medische adviesraad van de Stichting. Het is de bedoeling dat de werkgroep CF, meer zal gaan samenwerken met de Stichting.
- De terugbetalingsregeling van Xolair. Inmiddels zijn er 61 formulieren bij de NVALT binnengekomen. Binnenkort vindt er een gesprek plaats bij CVZ om de terugbetalingsregeling te evalueren. Een substantieel deel van de ingevulde formulieren is niet volledig ingevuld. Wesseling wijst op het belang om de formulieren goed in te vullen, om hiermee ook naar CVZ toe zorgvuldig om te gaan en de terugbetalingsregeling in stand te houden. Vraag is of dit alle nieuwe patiënten van de afgelopen 14 maanden waren.
- Het Nationaal actieprogramma Chronische Longziekten van de LAN. In de lezing van Chavannes werd gesproken over eenheid van beleid in de 2^e lijn. De werkgroep COPD is inmiddels bezig om aan een aantal van deze aspecten invulling te geven.
- Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding van belangenverstremgeling. De bestuursleden hebben besloten dit in te gaan vullen. Ook de Commissie Richtlijnen gaat hier naar kijken.
- De instroom 2014 is besproken in de opleidersvergadering. Het Bestuur heeft hierover een advies afgegeven aan het BOLS. Vanmiddag heeft het BOLS laten weten van dit voorstel af te willen wijken op een aantal punten.

Pennings

- Liesbeth Bel wordt de President van de ERS. De ERS heeft het plan om intensiever met de wetenschappelijke verenigingen te gaan samenwerken.
- Het regeerakkoord heeft ook consequenties voor de medisch specialisten. De vergoeding per ziekenhuis wordt teruggebracht van 2.5% naar 2%. Daarnaast wordt ook 100 miljoen euro gekort op de salarissen van de vrije ondernemers. De overheid is bezig om de wet normering topinkomens (€ 145.000,-) van toepassing te laten verklaren op de medisch specialisten. Dit betreft vooralsnog voorgenomen beleid. Deze ontwikkelingen gaan niet alleen gelden voor de vrije ondernemers, maar deze gaan ook gelden voor specialisten in loondienst. Het Bestuur heeft de Commissie Beroepsbelangen dan ook verzocht de leden van de NVALT zo veel mogelijk te ondersteunen.

4. Mededelingen vanuit de Projectgroep DBC's/ DOT.

DOT update

Personele bezetting

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

2013

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

Nieuwe ontwikkelingen

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

Voorbeeld longrevalidatie

Casus afleiden 23

Specialisme ⓘ
Zorgtype ⓘ
Zorgvraag ⓘ
Diagnose ⓘ
Leeftijd ⓘ
Geslacht ⓘ

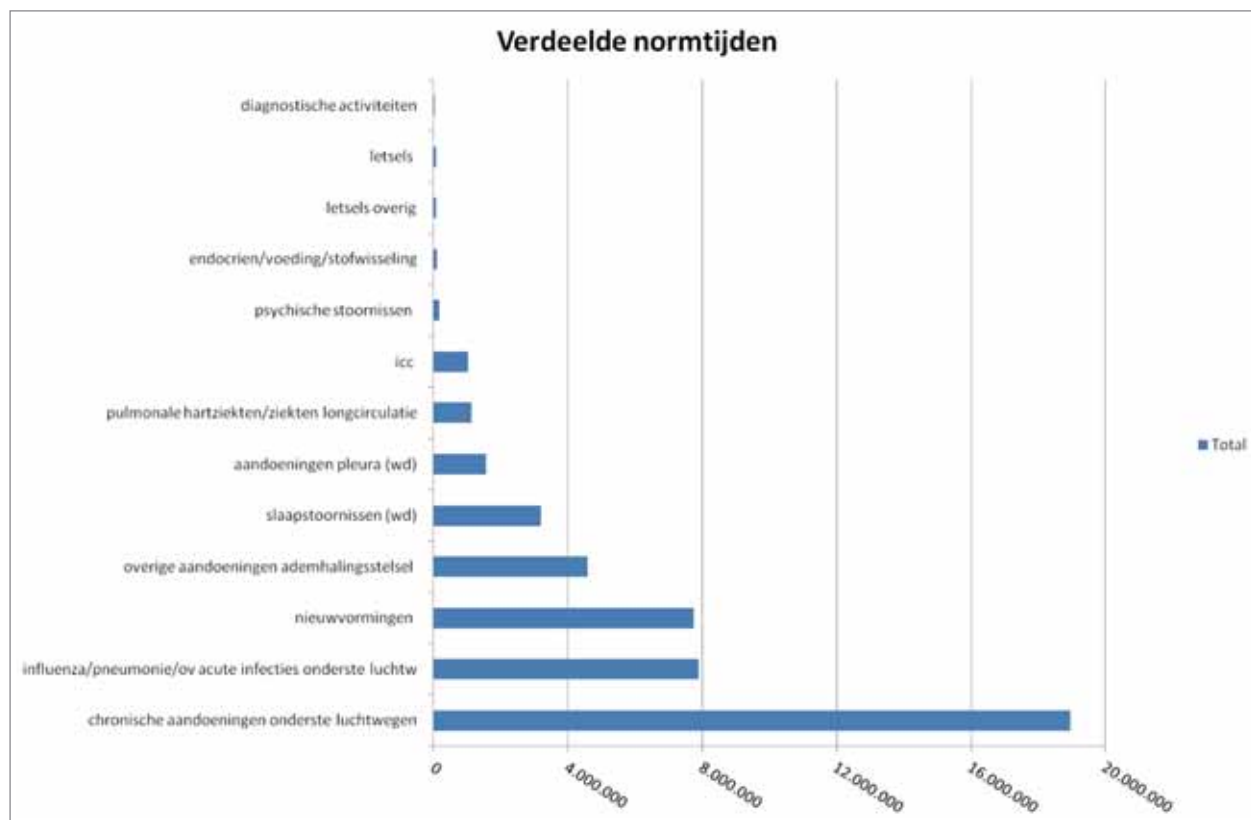
Zorgactiviteit	Aantal		
193011: Poliklinische longrevalidatie	1	✘	
192963: Screening (oefentherapie).	1	✘	
039679: Teambespreking.	1	✘	
190012: Polikliniekbezoek, niet zijnde een eerste polikliniekbezoek	1	✘	

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

The screenshot displays a search interface on the left with options like 'Kies zorgproduct(groep):', 'Of zoek zorgproduct:', and 'Of zoek met boom parameters:'. The central part shows a hierarchical tree of care products, with 'Longrevalidatie' at the top, branching into 'Klin', 'Teambespreking m', and 'FET module'. The right side shows 'Detailinformatie' for product '219799015', listing details such as 'Licht ambulant', 'Tarief poorter', and 'Segment B'.

2013

- COPD afsluitregel
- Afsluitmoment 42 dagen na ontslag
- Indien heropname (exacerbatie binnen 42 dagen)
:afsluiting 1 dag voor heropname
- Regel nu semi-automatisch!
- Najaar 2012 verzoek internisten bij DBCO tot gezamenlijke productstructuur pneumonie en tuberculose ("wij behandelen dezelfde ziekte")
- NVALT niet akkoord



2014

- Normtijdentool
- Herijken normtijden 2014
- NZa berekent nieuwe tarieven (binnen beheersmodel)
- Convenant tot 2015 budgetkaderzorg +2.5%?

5. Mededelingen vanuit het Concilium

Wesseling geeft aan dat het Concilium een voorstel heeft geschreven voor de verdeling van de opleidingsplaatsen. Het Bestuur heeft hierover een advies afgegeven aan het BOLS. Vanmiddag heeft het BOLS laten weten van dit voorstel af te willen wijken op een aantal punten.

De instroomplaatsen zullen de komende jaren minder worden. Het Bestuur hanteert voorlopig als gewenst instroom-aantal 39. Met de komst van een nieuwe opleidingskliniek kan dit spanningen opleveren. Het kabinet is ook voornemens te gaan bezuinigen op het opleidingsfonds. Binnen de wetenschappelijke verenigingen is nagedacht over de manieren waarop deze kortingen geacommodeerd kunnen worden. Dit kan o.a. door minder mensen op te leiden of de opleiding te verkorten.

Ook het rugzakje per aios zou verminderd kunnen worden. De NVALT ziet niets in de verkorting van de opleiding.

Minder opleidingsplaatsen is ook een van de opties. Voor dit jaar is een korting van 3% op het opleidingsbudget al gerealiseerd.

Dit jaar wordt het nieuwe opleiden geïmplementeerd. Vanuit de RGS wordt hier veel aandacht aan besteed. Ook de Centrale Opleidings Commissies van de ziekenhuizen worden gevisiteerd.

6. Mededelingen vanuit de Commissie Richtlijnen

- 1 Richtlijn 'Non-invasieve beademing bij COPD'
- 2 Veranderingen in richtlijnontwikkeling

1: NON-INVASIEVE BEADEMING BIJ COPD

NVALT

- Dr. P.J. Wijkstra (voorzitter)
- Dr. F. Brijker
- Drs. W.E.J.J. Hanselaar
- Dr. H.J.W. Schreur
- Mw. dr. P.J.E. Vos

Nederlandse Vereniging voor Intensive Care

- Dr. R. Tepaske

CBO

- Drs. H. van Veendendaal
- Mw. dr. L.M. Verweij
- Dr. T. Kuijpers

Nederlandse Vereniging voor Intensive Care

Dr. R. Tepaske: gemandateerd lid NVIC

2: Deelname aan richtlijn andere vereniging

Gemandateerd lid:

- *Vertegenwoordiger* van de wetenschappelijke vereniging
- Mandaat krijgen vaak *voorwaarde* voor deelname aan richtlijn
- Na bestuurlijke goedkeuring wordt de richtlijn geldend als *leidraad* voor de beroepsgroep.

Dus deelname aan richtlijn namens NVALT? Vraag om mandaat!

Wij overleggen graag in een vroeg stadium met u op welke wijze er gewaarborgd kan worden dat de richtlijn brede steun krijgt binnen de NVALT ten tijde van commentaarronde en autorisatieverzoek.

Recente ontwikkelingen laten zien dat er NVALT leden meewerken aan een richtlijn van andere verenigingen, zonder dat zij daartoe gemandateerd zijn vanuit de NVALT. Mandaat is nodig van het Bestuur, op advies van de Commissie richtlijnen, voor het meewerken aan een richtlijn .

Op de website van de NVALT moet duidelijk zijn welke richtlijnen er wel of niet geautoriseerd zijn door de NVALT.

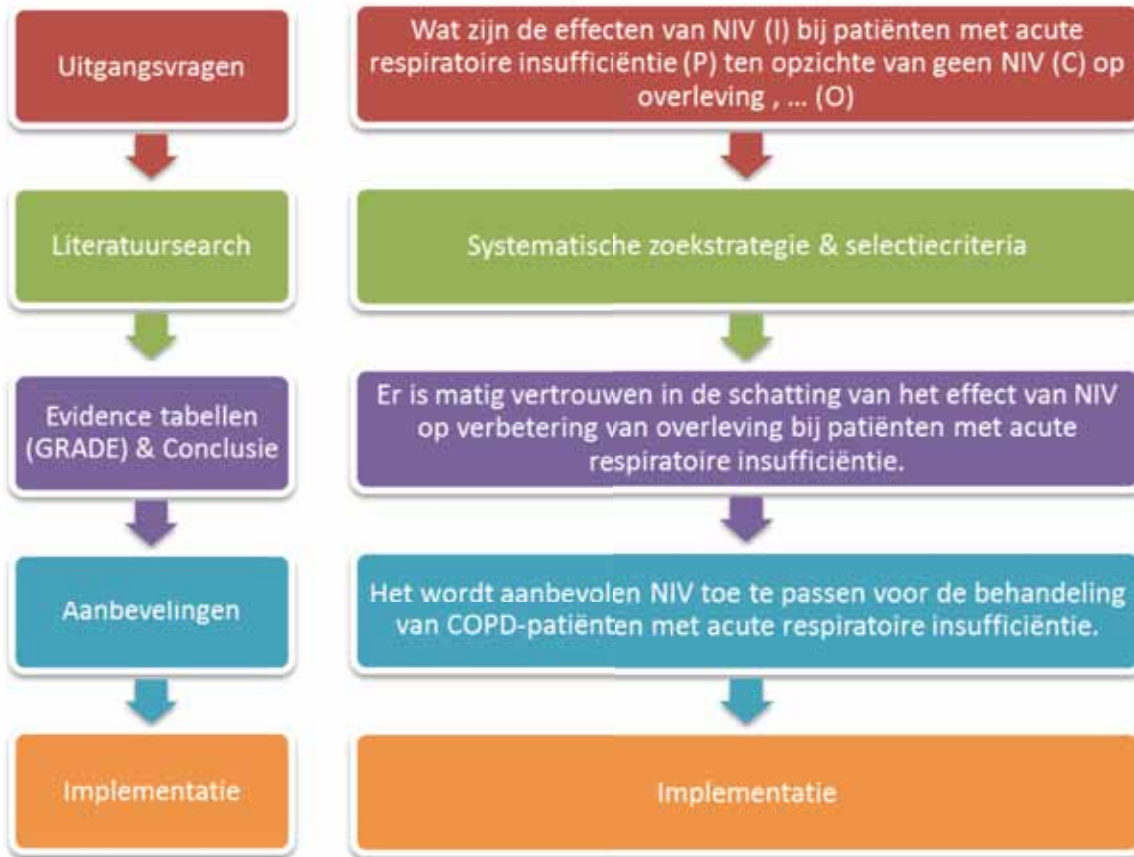
Opgemerkt wordt dat bepaalde ziekenhuisprotocollen boven de richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging gaan.

De leidraad voor commentaar en autorisatie verzoeken vanuit andere wetenschappelijke-/beroepsverenigingen die door de Commissie Richtlijnen is opgesteld vindt u in de volgende PulmoScript.

3: Veranderingen in richtlijnontwikkeling

- Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling
- Kennisinstituut van Medisch Specialisten (KiMS)
- Integratie richtlijnontwikkeling-wetenschap

Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling



Kennisinstituut van Medisch Specialisten (KiMS)

- ☐ 'Facilitair bedrijf' ontstaan vanuit OMS
 - Alternatief: CBO
 - O.a. ontwikkelen, onderhouden en verspreiden van Richtlijnen
- ☐ Webbased richtlijnen data bank
 - Gebaseerd op **modules**
 - Nadruk op **onderhoud**
 - Meer aandacht voor **implementatie**
- ☐ Pilot: ondehoud module met AIOS (CAT)

- ☐ Uitgangsvragen
- ☐ Literatuursearch
- ☐ Evidence tabellen (GRADE) & Conclusie
- ☐ Aanbevelingen
- ☐ Implementatie

Integratie richtlijnen en wetenschap

- ☐ Uitgangsvragen
- ☐ Literatuursearch
- ☐ Evidence tabellen (GRADE) & Conclusie
- ☐ Aanbevelingen
- ☐ Implementatie

- Richtlijnontwikkeling identificeert relevante kennislancunes
- Pilot andere wetenschappelijke vereniging:
- *Kennis lancunes* ⇨
Plan van aanpak studie ⇨
Subsidieaanvraag CVZIZonWM

7. Financieel verslag 2012 en begroting 2013

Van den Berg geeft een toelichting op de balans, de exploitatierekening van 2012 en de begroting van 2013 van de NVALT, FSLT en WSLT. Vanaf 1 januari 2013 zijn er geen financiële activiteiten meer in de FSLT. Dit zal andere geldstromen gaan geven komend jaar.

De vergadering gaat akkoord met handhaving van de contributie. De bedragen voor 2013 worden als volgt vastgesteld: B-leden 350 euro, C-leden 175 euro, D-leden 90 euro, E-leden 90 euro, F-leden 35 euro, H-leden 350 euro, J-leden 350 euro en I-leden 35 euro.

De financiële verslagen van 2011 zijn nog niet door de kascommissie gezien.

8. Verkiezingen:

a. Bestuur

Prof.dr. G.J. Wesseling wordt als voorzitter opgevolgd door dr. Y. Heijdra. Wesseling blijft in het Bestuur als past-president. Heijdra benadrukt de uitstekende manier waarop Wesseling zijn voorzitterschap heeft ingevuld. Wesseling heeft de aanzet gegeven om te komen tot het opnieuw inrichten van de longziekten en het nieuwe scholingsplan, dit wordt zeer gewaardeerd.

De zittingstermijn van dr. C.F. Melissant is verstreken, hij treedt af op eigen verzoek.

Er zal op de website van de NVALT een wervingsadvertentie komen voor een bestuurslid met de portefeuille kwaliteit.

Dr. F. Brijker is dr. Y. Heijdra opgevolgd als wetenschappelijk secretaris.

b. Concilium

De maximale zittingstermijn van dr. H.G.M. Heijerman en dr. J.S. van der Zee, is verstreken, zij treden af.

c. Commissie Richtlijnen

De zittingstermijn van drs. C. Magis is verstreken, zij stelt zich herkiesbaar en wordt herkozen.

d. Commissie Cursorisch Onderwijs

De maximale zittingstermijn van dr. R. van Altena is verstreken, hij wordt opgevolgd door drs. O. Akkerman. Dr. G. de Vries wordt gekozen in de Commissie Tuberculose.

9. Voorstellen kandidaat-leden

Er zijn afmeldingen binnengekomen van Hartjes, ten Hertog, Van der Horst, Imming, de Jong, Lambalgen, Laugs, Lopez-Matta, Veenstra, Visser en Vollebergh binnengekomen.

Aanwezig zijn: Willemien Nienhuis, Leeuwarden; Gardien Venema, Zwolle; Liesbeth ten Klooster, Nieuwegein; Emanuel Citgez, Enschede; Alain Dubois, Enschede; Wouter Blox, Breda; Alexia Magro-Meli, Breda; Jasper Kappen, SFG, Rotterdam.

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

10. Wat verder ter tafel komt en rondvraag

Er zijn geen opmerkingen

11. Sluiting

De voorzitter sluit de vergadering om 19.00 uur.



Assistentendag 2013

Beste mede-AIOS,

Heb je zin in een leerzame en tegelijkertijd gezellige dag en wil je je collega's uit de andere kant van het land (beter) leren kennen? Meld je dan nu aan voor de NVALT-assistentendag!

Zoals eerder aangekondigd, vindt deze plaats op zaterdag 21 september 2013. De dag begint om 09.30 en duurt tot ongeveer 21.00 uur. Het gehele programma vindt plaats in Utrecht.

De ochtend en het eerste gedeelte van de middag zal besteed worden aan het wetenschappelijke gedeelte, met als thema dit jaar "Het Diafragma", gevolgd door de algemene ledenvergadering. Dit gedeelte van de dag vindt plaats in het Geldmuseum.

In de middag volgt er een gezellige activiteit en de dag zal afgesloten worden met een diner.

Net als elk jaar bedragen de kosten € 50,00 per persoon. Deze assistentendag is bedoeld voor alle AIOS longziekten, ook voor degenen die met hun interne vooropleiding bezig zijn. Van deze laatste groep is niet iedereen lid van de NVALT, waardoor wij niet over ieders e-mailadres beschikken. Ken je een AIOS in vooropleiding, verwijs hem/haar dan naar de website van de NVALT.

Hoe meld je je aan?
Heel simpel! www.nvalt.nl/aanmelden/assistentendag

Tot 21 september!!!

Wouter van Geffen, Esther Nossent



Bronkhorst

Programma 2013 - 2014

Onderwerp: ILD

Datum

28 ('s avonds), 29 en 30 november 2013
'Koningshof' te Veldhoven

Informatie

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

Inschrijving

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

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

Het maximale aantal deelnemers in Veldhoven is 210.

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

Concept programma

CPC

Lezingen

- Pathologie van interstitiële longaandoeningen in relatie tot röntgenbeelden
- Nieuwe medicamenteuze therapie bij IPF
- Pathofysiologie van ILD
- Sarcoïdose en andere granulomateuze aandoeningen

Werkgroepen

- Niet farmacologische therapie bij IPF
- Work-up ILD in de praktijk
- Weesziekten in de ILD
- Pulmonale hypertensie en ILD
- Sarcoïdose: het diagnostisch traject
- Sarcoïdose: follow-up en management Mostard / Thomeer
- Omgevingsgebonden oorzaken van ILD (excl. roken)
- Auto-immuunziekten en ILD
- Roken en ILD

Datum

6 ('s avonds), 7 en 8 februari 2014
"Floréal Club" te Blankenberge, België

Informatie

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

Vanuit de commissie richtlijnen

Leidraad voor commentaar en autorisatieverzoeken van richtlijnen

Bernt van den Blink en Hanneke Kwakkel

De commissie richtlijnen longziekten (CRL) is belast met het ontwikkelen en onderhouden van richtlijnen als onderdeel van kwaliteitsbevordering door de NVALT. De CRL heeft ook als taak om de frequente verzoeken tot commentaar of autorisatie van richtlijnen van andere verenigingen te beoordelen. In het kader van de toenemende professionalisering van richtlijnontwikkeling hoort een eenduidig plan voor het beoordelen van deze verzoeken.

Participatie van longartsen in de ontwikkeling van richtlijnen vanuit andere wetenschappelijke verenigingen is belangrijk en wordt graag door de CRL ondersteund. Als een conceptrichtlijn gereed is, volgt meestal de commentaarfase. Hierbij wordt het concept voorgelegd aan de toekomstige gebruikers van de richtlijn. Als onder de beoogde gebruikers ook longartsen vallen zal de conceptrichtlijn voor commentaar aan het bestuur van de NVALT worden voorgelegd, die dit verzoek in de praktijk weer uitbesteed aan CRL. Om commentaar te verkrijgen kan de conceptrichtlijn

worden voorgelegd aan een aantal deskundigen binnen de vereniging of aan alle leden van de vereniging, bijvoorbeeld via de website van de NVALT. De CRL bundelt vervolgens het binnengekomen commentaar alvorens het terug te sturen. Deze commentaarronde is niet hetzelfde als de autorisatie van de richtlijn. Na de commentaarronde wordt meestal de definitieve versie van de richtlijn ter formele vaststelling voorgelegd aan de besturen van de betrokken verenigingen. Het bestuur zal het autorisatie verzoek meestal via de CRL laten lopen. Autorisatie van een

richtlijn van een andere wetenschappelijke vereniging door de NVALT heeft betekenis voor de longartsen: na bestuurlijke goedkeuring wordt de richtlijn geldend als leidraad voor de beroepsgroep. Om duidelijkheid te verschaffen in het te volgen beleid bij commentaar en autorisatieverzoeken van richtlijnen van andere wetenschappelijke verenigingen werd onderstaand schema opgesteld. Dit schema benadrukt ook het belang van het verkrijgen van het *mandaat* van de NVALT om als vertegenwoordiger van onze wetenschappelijke vereniging deel te nemen aan de ontwikkeling van een richtlijn van een andere vereniging. Als gemandateerd afgevaardigde van de NVALT behartigt u immers de belangen van onze vereniging. Dit schema werd opgesteld door de CRL in samenspraak met het NVALT bestuur en voorgelegd aan de huishoudelijke vergadering van de NVALT op 18/04/2013.

Richtlijn ontwikkelaar	Met medewerking van	Commentaar	Autorisatie
NVALT	NVALT	Alle longartsen (website)	Bestuur na presentatie op ledenvergadering
Niet NVALT	Geen NVALT lid	Eventueel door enkele deskundige leden	Geen autorisatie
Niet NVALT	Gemandateerd* NVALT lid/leden	Belangrijke# raakvlakken NVALT: Alle leden (website) en enkele deskundigen en/of werkgroep Minder belangrijke# raakvlakken: enkele deskundige leden en/of werkgroep	Bestuur op voorspraak CRL na bevredigende commentaarronde^^
Niet NVALT	Niet gemandateerd* NVALT lid	De CRL behoudt zich het recht voor de richtlijn <u>niet te laten autoriseren</u> . Eventueel autorisatie na uitgebreide commentaarronde.	

* Gemandateerd NVALT lid/leden: vertegenwoordiger(s) van de NVALT, gemandateerd door het bestuur, op voorspraak van CRL.

Inschatting belangrijke raakvlakken met NVALT: door CRL.

^^ Inschatting bevredigende commentaarronde: door CRL i.s.m. commentaar-gevende longartsen.

Op dit moment zijn NVALT leden betrokken bij de ontwikkeling van diverse richtlijnen van andere verenigingen zoals bijvoorbeeld richtlijnen over voedselallergie (Ned. Ver. van Allergologie), tuberculose

diagnostiek (NVMM) en antitrombotisch beleid (NIV). Een zeer belangrijke en noodzakelijke inspanning. Met bovenstaande leidraad hoopt de CRL helderheid te verschaffen over de status die geautoriseerde

richtlijnen van andere verenigingen hebben, op welke wijze u commentaar kan leveren of kan bijdragen aan de ontwikkeling hiervan. Richtlijn ontwikkeling is zelf dus ook in ontwikkeling!

Vanuit het bestuur Werkgroepen

Beste Lezer,

De NVALT is een vereniging van en door onze leden. Onze werkgroepen vormen de spil van onze vereniging; van hieruit vindt ondermeer onderlinge nascholing, ondersteuning bij richtlijnontwikkeling en ondersteuning van het Bestuur bij externe consultatie vragen plaats. Daarnaast ontwikkelen de werkgroepen een eigen beleidsagenda, uiteraard binnen de beleidskaders van de vereniging. De afgelopen jaren bleek afstemming van beleid tussen Bestuur en werkgroepen steeds noodzakelijker, reden waarom er naar gestreefd werd tenminste eenmaal per jaar een overleg met elkaar te hebben. Echter, de drukke agenda's van zowel de bestuursleden als de leden van de werkgroepen leidden er toe dat die frequentie van eenmaal per jaar veelal niet gehaald werd.

De ontwikkeling van het meerjarenbeleidspan van de NVALT en de hieruit voortvloeiende veranderingen van zorginrichting (o.a. te vertalen in de ontwikkeling en omschrijving van een brede basis, torens en penthouses) alsmede dientengevolge ook de veranderde eisen aan de inrichting van na- en bijscholing wordt mede vorm gegeven in nauw overleg met de werkgroepen. Het blijkt echter dat de communicatie hierover toch nog meer duidelijkheid en met name meer afstemming behoeft.

Dit is de reden dat het Bestuur besloten heeft aan elk bestuurslid een of meer werkgroepen te koppelen. Het bestuurslid zal bijzondere aandacht hebben voor de inhoudelijke ontwikkelingen binnen de werkgroep (bijvoorbeeld via kennisname van de notulen), maar bij voorkeur, indien mogelijk, ook fysiek aanwezig te zijn bij vergaderingen en korte lijnen te onthouden met het bestuur van de werkgroep. Veelal heeft het Bestuurslid al affiniteit met de werkgroep door bijvoorbeeld de eigen aandachtsgebieden.

Op die manier hoopt het Bestuur beleidsveranderingen zo snel mogelijk te kunnen communiceren naar de werkgroepen en hierdoor ook laagdrempeliger toegankelijk te kunnen zijn voor overleg met de leden van de diverse werkgroepen.

Hieronder volgt een overzicht van de koppeling van de diverse bestuursleden en de werkgroepen:

Werkgroep Endoscopie:	Egbert Smit
Werkgroep Infectieziekten:	Herman-Jan Pennings
Werkgroep Oncologie:	Egbert Smit
Werkgroep COPD:	Folkert Brijker
Werkgroep Ademhalingsstoornissen tijdens de slaap:	Herman-Jan Pennings
Werkgroep Astma en Allergie:	Geertjan Wesseling
Werkgroep Interstitiële Longaandoeningen:	Barbara Knipscheer
Werkgroep Longfunctie :	Yvonne Heijdra
Werkgroep Tabaksverslaving:	Geertjan Wesseling
Werkgroep Mesotheliomen :	Barbara Knipscheer
Werkgroep Palliatieve Zorg :	Bob van den Berg
Werkgroep Pulmonale Hypertensie:	Yvonne Heijdra
Werkgroep Ademhaling tijdens sport, hobby en bijzondere omstandigheden:	Bob van den Berg
Werkgroep CF:	Geertjan Wesseling

Het Bestuur hoopt dat door deze verandering de synergie binnen onze vereniging beter benut gaat worden. Los hiervan, kunt u natuurlijk ten alle tijden de leden van het Bestuur benaderen over voorliggende zaken.

Namens het Bestuur
Herman-Jan Pennings



V.l.n.r.: Erik vd Heijden, Roline de Boer, Wouter Hoefsloot, Olga schuurbiers, Jelle Miedema, Yvonne Heijdra, Cécile Magis, Janet van Zwam, Esther van Harlingen, Ruth Mies

UMCN St Radboud, Nijmegen

Dat Nijmegen naast de Vierdaagse, zomerfeesten, haar schitterende natuur en rijke geschiedenis ook nog bekend staat als mooie stad om je opleiding tot longarts te volgen mag best eens benadrukt worden! Alle ingrediënten voor een schitterende tijd zijn aanwezig.

Alle aspecten van de longziekten komen voorbij, met als drie voornaamste speerpunten de longfysiologie, oncologie en infectieziekten. Als AIOS verdelen we onze tijd over het Radboud ziekenhuis en het Universitair Centrum voor Chronische Ziekten (UCCZ) Dekkerswald.



Hier is de longrevalidatie gevestigd, alsmede 2 verpleegafdelingen algemene longziekten en de TBC-unit. Met lekker weer eten we hier buiten en maken soms een ommetje door het bos. Er worden scopieën gedaan, er is een volledig functionele longfunctie afdeling, laboratorium, radiologie afdeling en polikliniek. We delen het terrein met onder andere de zandhagedis, de grote bonte specht, reetjes, wilde zwijnen, konijnen, de appelvink en vele roofvogels. De oplettende AIOS kan hier zijn groene hart ophalen!



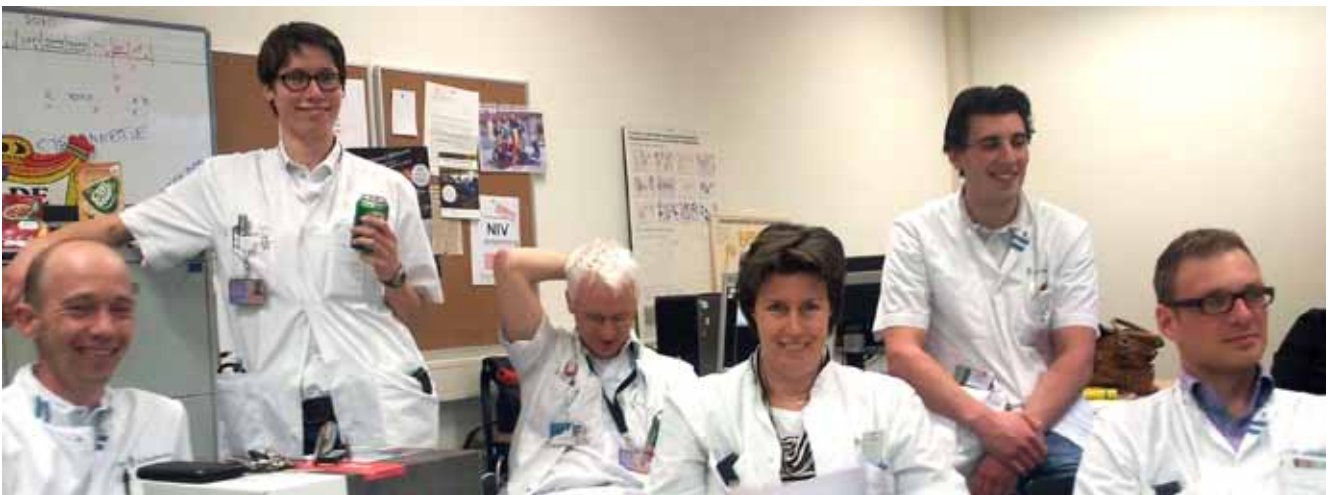
De rest van onze opleiding wonen we in het Radboud Ziekenhuis. Een ziekenhuis met een kleine 1000 bedden en 9400 medewerkers. Alle specialisten zijn vertegenwoordigd. De afstand tussen de verst uit elkaar gelegen klinische afdelingen bedraagt ongeveer 500 meter.

Na een dag consulten hoeft er dus niet meer gesport te worden!

De longziekten wordt uitgeoefend door 14 longartsen en 9 AIOS. Elke longarts heeft een of meer aandachtsgebieden, waardoor het hele spectrum van de longziekten aan bod komt. Een groot voordeel van onze opleiding is het feit dat we ook stages longrevalidatie en tuberculose in ons arsenaal hebben. Hierdoor worden we breed en volledig opgeleid. We worden daarnaast nog bijgestaan door 2 longfysiologen die deel uitmaken van de vakgroep. De grootschaligheid van het Radboud wordt afgewisseld met de kleinschaligheid van Dekkerswald. Maar, zo groot als het Radboud ziekenhuis is, zo klein en gezellig is onze vakgroep. 1x per jaar wordt er door de feestcommissie een assistenten-bazen weekend georganiseerd. Dit jaar voor de 4e maal op rij: het thema is nog geheim, maar het wordt vast een groot succes! Het overleg onderling is laagdrempelig en er wordt dagelijks gelachen. De overdracht vindt gezamenlijk plaats met de collega's op Dekkerswald via een video verbinding. Het fenomeen "oh ik wist niet dat de microfoon al aanstond" is bij ons dagelijkse kost!



Op vrijdag sluiten we de week af met een biertje bij de overdracht.



V.l.n.r.: Wouter Hoefsloot, Roline de Boer, Erik van der Heijden, Chantal Smits, Dirk Schmeetz (senior co-assistent), Jelle Miedema

Na een week hard werken is het tijd voor het weekend. Degenen zonder dienst kunnen genieten van al het moois dat Nijmegen te bieden heeft. Er zijn meer dan 150 kroegen (op elke 1000 inwoners één!), grote hardloopevenementen (zevenheuvelen loop, Marikenloop) en mogelijkheid tot uitoefenen van elke mogelijke sport behalve die waarvoor een zee en strand nodig is. De voetbal supporter heeft NEC, de muzikliefhebber heeft het concertgebouw, Doornroosje of het Goffertpark. De winkelende AIOS kan zijn/ haar hart ophalen in de binnenstad.

Al deze factoren samen staan garant voor een pracht van een opleidingstijd!



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

W. Johan Lie

Geboren
Amsterdam, 1964

Opleidingskliniek
AMC / OLVG / CLB (promotie)

Waarom koos u destijds voor de studie geneeskunde?

Mijn vader was huisarts. Aanvankelijk was de praktijk ook letterlijk aan huis. Dan maak je een deel van het medisch gebeuren van dichtbij mee. Als kind wilde ik eerst dierenarts worden want "mensen konden zo zeuren". Later heb ik mijn mening op dat vlak blijkbaar herzien.

Waarom koos u voor de specialisatie longziekten?

Hoe naïef het ook klinkt, ik blijf de long een mysterieus orgaan vinden. Bescheiden en beschermd ingepakt in de borstkas maar tegelijkertijd geheel geëxposeerd aan de buitenwereld. Sterker nog, die expositie is essentieel voor zijn werking. Belangrijker nog voor mijn keuze is dat ik mij thuis voel bij de mensen die dit vakgebied beoefenen.

Wat is uw aandachtsgebied en waarom?

De handvaardigheden van het vakgebied hebben mij altijd aangetrokken. Door toeval ben ik destijds in het AMC vroeg bij de endo-echodiagnostiek betrokken geraakt. Mede daardoor kom je dan in de hoek van de oncologie, hetgeen in onze kliniek een speerpunt is.

Tijden veranderen. Waar verlangt u naar terug?

Hoewel ik de voordelen van een EPD natuurlijk erken verlang ik soms naar een papieren status – die dan wel op zijn plaats moet hangen - waarbij je door even te bladeren een goed overzicht heb. Dat ergonomisch onvriendelijke eindeloze geklik maakt mij wel eens ongedurig.

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

Het anders kijken naar de mogelijke oorzaken en daarmee behandeling van longkanker. Zo zal de ontwikkeling van biologicals denk ik uiteindelijk een grote vlucht nemen. Ik hoop mee te maken dat de prognose daadwerkelijk verbetert.

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

In het ziekenhuis lijkt menig manager niet meer faciliterend maar obstruerend. Ik zou graag medicatie kunnen voorschrijven die deze obstructie opheft.

Wat zijn uw dagdromen?

Ergometrie beter te doorgronden dan ik momenteel doe (ondanks de goede NVALT-ergometrie cursus). Ik hoop dat Joost van den Aardweg spoedig met zijn boek komt!

Hoe ontspant u zich?

Ik speel wat piano en saxofoon. Helaas op een laag niveau. Ik zou weer les moeten nemen en studeren om dat,

als dat überhaupt nog mogelijk is, iets te verbeteren. Nochtans vind ik het zeer plezierig om te spelen.

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

Hoewel ik geen echte keukenprins ben heb ik wel gevoel voor het bereiden van eten. Wellicht dus kok. De militaire precisie die nodig is om een keuken goed te lopen zou mij wel erg opjagen.

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

Blijf goed om je heen kijken hoe je collega's zowel jong als oud werken en zich gedragen. Zie daarin het goede, en probeer jezelf dat eigen te maken. Dat gaat van gesprekstechniek, handelingen, humor tot integriteit en bejegening.

Wat is de grootste uitdaging in uw werk?

Om ervoor te zorgen dat een patiënt nooit routine wordt ondanks dat een enkel ziektebeeld deze neiging wel heeft.

Wat is uw dierbaarste bezit?

Omdat de long zo'n primair orgaan is ziet ook iedere longarts dagelijks in de praktijk wat ziekte met zich mee kan brengen. In die periodes wordt mijn inziens ook duidelijk dat je dierbaarste "bezit" relaties zijn. Met partner, kinderen, familie, vrienden, collega's.

Aan wie mogen wij de volgende keer vragen stellen?

Rob Nocker, omdat hij in de vorming van een nieuwe vakgroep zit. Het lijkt mij interessant om te vernemen hoe dat verloopt.

Gernot Rohde is recent benoemd tot ‘Hermes Director’



Voor wie Gernot niet kent: Hij heeft zijn artsexamen in 1998 afgelegd aan de Ruhr Universiteit in Bochum, Duitsland en werd in 2004 internist in Bochum. Hij volbracht in 2005 een ERS fellowship bij het Imperial College in Londen en specialiseerde zich daarna in Bochum als longarts. De titel van zijn proefschrift is "The interaction between infection and inflammation in COPD" (2007). In 2010 sloot hij zich aan bij de longartsen in Maastricht. Hij is de hoofdonderzoeker van de ABA-COPD-studie, een longitudinale cohortstudie naar de pathofysiologie van COPD-exacerbaties.

Ook geeft de HERMES director richting aan de verschillende HERMES projecten, en promoot HERMES bij andere wetenschappelijke verenigingen en overheden.

Wat is de toegevoegde waarde van HERMES voor ons als Nederlandse longartsen?

In Nederland wordt het HERMES examen Adult Respiratory Medicine gebruikt als jaarlijkse verplichte kennisstoets voor AIOS. De individuele scores van de AIOS worden aan de opleiders ter beschikking gesteld om het resultaat op een constructieve wijze te bespreken en de voortgang van de opleiding te bewaken.

Deze voortgangstoets wordt door de NVALT in samenwerking met de ERS in de jaarbeurs te Utrecht georganiseerd. Het doel is dat ieder AIOS in het laatste jaar ook het reguliere HERMES examen tijdens het ERS congres aflegt. In vele andere Europese landen zijn longartsen verplicht om zo'n examen af te leggen. Zwitserland heeft het HERMES als verplicht eindexamen, Engeland en Duitsland hebben een eigen examen. Voor Nederlandse longartsen biedt het HERMES examen de mogelijkheid, een soort „board examination“ te doen. Toegevoegde waarde is het opfrissen van kennis en het spiegelen van deze kennis ten opzichte van anderen. Dit zou kunnen leiden tot meer gerichte nascholingsactiviteiten. Als je geïnteres-

seerd bent om in het Europees buitenland te werken, dan biedt het examen een opening.

Welke verbeterpunten zie je voor de Hermes School?

Alle HERMES projecten zijn ingebed in de ERS School, een eigen HERMES School bestaat in die zin niet. In de ERS School zitten de secretarissen van de wetenschappelijke assemblies, de Congress Activities Director, de External Activities Director, de HERMES Director en de ERS School chair. Deze projecten hebben een verschillende ontwikkelingsstatus en het wordt een belangrijke taak om voor coherentie te zorgen. Verder is er nog een HERMES Respiratory Infections in ontwikkeling. Mijn inschatting is, dat het HERMES portfolio dan compleet is en er een soort consolidatie plaats moet vinden.

Hoe bevalt het examen tot nu toe?

Wij hebben veel positieve feedback gekregen. De meeste deelnemers waarderen het brede spectrum van de vragen en het noodzakelijke opfrissen van de kennis tijdens de voorbereiding. Natuurlijk is er soms discussie over de inhoud van sommige vragen en de antwoorden, maar dat hoort er bij. Wij plannen een wetenschappelijke evaluatie van de resultaten in de toekomst en streven erna ook de effecten van het HERMES examen in de toekomst te kunnen meten.

Hoe ben je hiervoor benaderd?

De voorzitter van de ERS School heeft me benaderd om te solliciteren. Sinds 2008 ben ik lid van de ERS School, eerst als secretaris van het onderdeel "respiratory infections and tuberculosis" en sinds 2010 als "External Activities Director". In deze tijd heb ik veel geleerd over post-graduate medical training.

Wat doet de HERMES precies?

Het HERMES programma van de ERS streeft naar harmonisatie van de opleiding tot longarts in Europa. Dit komt ook voor uit het acroniem HERMES: Harmonising Education in Respiratory Medicine for European Specialists. Op dit moment bestaan er de volgende HERMES projecten: Adult Respiratory Medicine, Paediatric Respiratory Medicine, Spirometry, Respiratory Sleep, Respiratory Physiotherapy, Respiratory Critical Care en Thoracic Oncology.

Wat zijn je belangrijkste doelstellingen?

De primaire rol van de HERMES director is die van adviseur en ondersteuner van de verschillende HERMES task forces.

Hermes organiseert veel cursussen. Welke cursus ligt je het meest na aan het hart?

Ik heb de HERMES Summer School samen met anderen georganiseerd en ook de Thoracic Imaging Course. Dit was al lang een wens van de ERS School en wij zijn blij, dat deze er nu is. De eerste editie vorig jaar was een groot succes, zodat wij deze cursus dit jaar opnieuw aanbieden, in oktober in Barcelona. De beste radiologen van de wereld bieden samen met ervaren longartsen een veelomvattend programma. Meer informatie is op de ERS website te vinden.

Wat voor soort cursus mis je en zou je graag opgenomen zien in de Hermes School?

Dit is een lastige vraag omdat de ERS School reeds een zeer omvattend en gedifferentieerd programma biedt. Naast de 2 tot 3 daagse externe cur-

sussen hebben wij ook interventiecur-
sussen, online cursussen, en een hele
reeks e-learning activiteiten. Op dit
moment zijn we bezig alles in een cur-
riculum te vatten en mogelijke gaatjes
te identificeren. Mijn inschatting is dat
we weinig gaatjes gaan vinden maar
dat moet nog blijken.

Zelf heb je met Britse, Duitse en Nederlandse longartsen gewerkt. Wat zijn je eigen ervaringen als 'Europese longarts?'

Ik heb enorm positieve ervaringen gehad. Elk nationaal zorgstelsel heeft uiteraard zijn eigen voor- en nadelen en bijzonderheden. Het werken in verschillende landen verbreedt je eigen visie en verruimt je eigen bekwaamheden. Je leert ook dat verschillende aanpakken tot een goed resultaat kunnen leiden. Verder ontmoet je ontzettend veel leuke mensen, van wie je kunt leren.

Wat zou je AIOS willen die zich voorbereiden Hermes examen?

Ik denk dat het HERMES jaarlijkse verplichte kenn voor de AIOS oplevert. D ding helpt ook om de go gang van de AIOS veilig voorbereiding bestaat er boeken vanuit de ERS er met andere collega's een Summer School ingevoer voorbereiding te helpen. wordt deze in Barcelona



Oproep NRS Swierenga Thesis Award 2014

De NRS Swierenga Thesis Award wordt beschikbaar gesteld door de Prof. Dr. Jaap Swierenga Stichting onder auspiciën van de NRS met als doel de aandacht te vestigen op hoogwaardig wetenschappelijk onderzoek dat bijdraagt aan het inzicht in, of de behandeling van longziekten in de breedste zin. De prijs wordt uitgereikt voor het beste respiratoire proefschrift en bestaat uit een oorkonde en een bedrag van €4500,-. dat vrij te besteden is aan

onderzoek of training op wetenschappelijk gebied. Tevens zal er een presentatie worden gehouden over de besteding van deze prijs op het Young Investigator symposium van de NRS dat jaarlijks wordt gehouden.

Kandidaten dienen te zijn gepromoveerd op een respiratoir onderwerp aan een Nederlandse universiteit in de periode 1 oktober 2012 t/m 30 september 2013. Iedere hoogleraar mag per indieningronde één of

meerdere kandidaten voordragen. Hiertoe dient hij/zij een aanbevelingsbrief te schrijven aan de voorzitter van de beoordelingscommissie, met als bijlage vijf exemplaren van elk ingediend proefschrift. De documenten dienen voor 1 oktober 2013 te worden gestuurd naar het secretariaat van de NRS. De winnaar van de prijs wordt bekend gemaakt in februari 2014 en de uitreiking vindt plaats op de Longdagen 2014.

Oproep NRS Swierenga Penning

De NRS Swierenga Penning wordt beschikbaar gesteld door de Prof. Dr. Jaap Swierenga Stichting onder auspiciën van de NRS en bij gelegenheid uitgereikt aan een persoon met grote verdienste op het gebied van longziekten in de brede zin in Nederland. Het kan hierbij gaan om grote verdienste in de diagnostiek en/of behandeling en/of de wetenschap van longziekten en/of bijzondere maatschappelijke verdiensten voor het vakgebied.

Een kandidaat die zich op bijzondere wijze heeft onderscheiden binnen de longziekten kan worden voorgedragen door een aanbevelingsbrief met onderbouwing te schrijven aan de voorzitter van de beoordelingscommissie, inclusief opgave van minstens drie referenten, elk van een andere universiteit, ziekenhuis, instituut of vergelijkbare maatschappelijke organisatie. De deadline voor insturen van de aanbevelingsbrief is 15 januari 2014. Bij een geschikte kandidaat zal deze bekend

worden gemaakt in maart 2014 en zal de uitreiking plaats vinden op de Longdagen 2014.



Adres voor inzending, onder vermelding van Thesis Award of Swierenga Penning:

Secretariaat NRS
Universitair Medisch Centrum Groningen, secretariaat
Longziekten, AA11
Postbus 30.001
9700 RB Groningen
Telefoon: +31-(0)50-3615799

“Alles werd steeds weer anders”

Interview René Aalbers

Dit voorjaar nam René Aalbers, longarts in Groningen na ruim dertig jaar afscheid van het vak. Na een periode in het AZG, het astmacentrum in Davos en uiteindelijk als opleider in het Martiniziekenhuis in Groningen heeft hij alle facetten van het vak meegemaakt. “Het is in die tijd enorm veranderd.”

Met hem kijkt PulmoScript terug op een bewogen tijd, voor het vak, maar vooral ook voor hemzelf. “Uiteindelijk is mijn carrière heel anders verlopen dan ik van tevoren had voorzien.”

Wat was voor jou 30 jaar geleden reden om voor het vak longarts te kiezen?

“In feite rolde ik in het vak. Ik heb altijd huisarts willen worden. Destijds kwam ik veel bij mijn schoonvader, een huisarts en ik kon het heel goed met hem vinden. Zowel hij als ik zagen er wat in dat ik de praktijk zou overnemen. Mijn toenmalige vrouw zag dat totaal niet zitten. Uiteindelijk heb ik het maar niet gedaan. Tijdens mijn senior-coschappen volgde ik een zomerassistentschap in het Infectie paviljoen van het toenmalige AZG. Professor Sluiter en professor Orië vroegen aan mij of ik longarts wilde

worden. Dat was heel bijzonder, er was destijds een moordende concurrentie voor een opleidingsplek. Ik bedacht me geen moment, zei direct ja en kon toen vrijwel meteen beginnen met de vooropleiding in Leeuwarden. Ik heb er nooit spijt van gehad. Longarts is een prachtig vak. In tegenstelling tot verschillende andere specialismen, heeft ons vak raakvlakken met vrijwel andere specialismen, vooral ook de huisartsgeneeskunde. Er zijn veel maatschappelijke aspecten en veel raakvlakken met de wereld om ons heen zoals het milieu en omgevingsfactoren.”



En hoe verliep je carrière na afronding van de opleiding?

“Ik heb mijn longopleiding in het AZG gedaan en had besloten om daarna als perifere longarts te gaan werken. Maar ook dat werd weer anders, ik werd gevraagd om wetenschappelijk onderzoek te doen, naar het fenomeen van Raynaud. Helaas was daar toen geen subsidie voor. Gelukkig kwamen toen Jan de Monchy en professor Klaas de Vries met het voorstel om een subspecialisatie allergologie te doen (3 jaar) en tegelijkertijd wetenschappelijk onderzoek te starten. De begeleiding door Jan de Monchy, Klaas de Vries en Henk Kauffman was indrukwekkend. Ik leerde goed te postuleren en goed na te denken over de hypothesen. Kreeg de vrijheid om over de grens te kijken, en ben bij professor Stephen Holgate in Southampton en professor Peter Jeffery in Londen geweest. We deden naast klinisch en farmacologisch onderzoek in relatie tot de vroege en late allergische reactie ook onderzoek naar de immunohistochemische veranderingen in de bronchiaalwand, voor en na allergeenprovocatie. Het materiaal verkregen we via lavage en bipten. Uiteindelijk resulteerde dat in mijn proefschrift over allergeengeïnduceerde veranderingen in bronchiale hyperreactiviteit.”

Met de toegenomen mogelijkheden in diagnostiek en behandelmethodes, de veranderende rol van de overheid en zorgverzekeraars, toegenomen kwaliteitseisen en –controle zal het perspectief ook veranderen. Had jij dezelfde keuze gemaakt anno 2013?

“Ik weet niet of ik nu andere keuzes gemaakt zou hebben. Met studeren van geneeskunde ben je pluripotent, je kan alle kanten op. Of ik bewust weer zou kiezen voor longziekten, weet ik niet. Het vak is erg veranderd. De beademing is verdwenen, we zijn nauwelijks meer betrokken bij de allergologie. We moeten oppassen

de infectieziekten en vasculaire aandoeningen niet te verliezen. Aan de andere kant zijn de slaap-gerelateerde ziekten er bij gekomen. Longoncologie wordt een subspecialisatie. In analogie met andere ontwikkelingen is het vak erg in beweging. Ik denk dat dat een bedreiging kan zijn, maar ook een mogelijkheid. Waar we als longartsen voor op moeten passen is dat we geen kaderartsen worden die alleen met COPD en astma bezig zijn. Ook al heb je bewezen dat je er goed in bent, je zult de verworvenheden moeten blijven verdedigen, met name zie je dat bij de oncologie. Daarnaast zouden we ons sterk moeten maken om weer nadrukkelijker betrokken te zijn bij de allergologie. Als laatste denk ik dat we veel intensiever moeten samenwerken met de cardiologie. Misschien zelfs wel in de vorm van een soort ‘*Chest physician*’. Uiteindelijk moeten we naar levels in vaardigheden, de zogenaamde penthouses en torentjes. In de periferie wordt de brede laag aan longziekten behandeld, in academische/ grote centra liggen de superspecialisaties. Als dat echt gaat gebeuren moet dat goed gedefinieerd worden: waar ligt het precieze snijpunt tussen de verticale en horizontale assen?”

Wat kunnen in de toekomst nog nieuwe ontwikkelingen zijn?

“Ik vermoed dat infectieziekten in relevantie gaat toenemen. De long is een orgaan dat zeer veel blootgesteld wordt aan infecties. Er is de laatste jaren nauwelijks geïnvesteerd in onderzoek naar antibiotica. Dat is in feite een bom die een keer gaat ontploffen. Het is verstandig om juist hier *in the lead* te zijn, we moeten dan ook terug naar ‘*de roots*’. We komen natuurlijk oorspronkelijk uit de infectiehoek, denk aan de mycobacteriële infecties.”

Als medisch-directeur van het Astmacentrum in Davos heb jij dit centrum meerdere jaren van zeer dichtbij meegemaakt. Soms keer je

er weer terug. Hoe kijk je terug op deze tijd?

“Dat was echt een hele bijzonder tijd. Ik heb er verschrikkelijk veel van geleerd. Destijds wilden wij graag dat het een ‘*centre of excellence*’ voor de behandeling van ernstig astma zou worden. We deden veel internationaal wetenschappelijk onderzoek, ontdekten bijvoorbeeld de rol van de neutrofiële granulocyt en IL-8 bij ernstig astma. Uiteindelijk is een patholoog (Bart Vrugt) gepromoveerd op onderzoek dat we verrichtten in Davos.

Davos leent zich uitstekend voor optimalisering van de behandeling van ernstig astma, want er komt bijvoorbeeld volstrekt geen huisstofmijt voor. Ideale omstandigheden zijn dus per definitie aanwezig om een expertisecentrum te ontwikkelen voor de behandeling van ernstig astma. Overigens vind ik dat je alleen een Expertisecentrum bent, als ook anderen dat vinden, niet als je dat zelf roept.

Het zou ons destijds ook wel gelukt zijn om het tot een echt expertisecentrum te maken, totdat we er achter kwamen dat de overheid en de zorgverzekeraars heel andere plannen hadden, zij wilden het centrum ‘koud saneren’. Het is prima dat men een kritische houding heeft, want juist daar heb je wat aan. Maar 20 jaar geleden was men ronduit sceptisch. Dat is een heel ander verhaal. Uiteindelijk ben ik er maar drie jaar geweest, veel korter dan aanvankelijk de bedoeling was, maar ik had geen zin meer om tegen alle saneringsplannen van anderen te knokken.”

Toen ben je naar het Martiniziekenhuis in Groningen gegaan. Goede keuze?

“Het Martiniziekenhuis wilde mij hebben, dat wilde ik graag op voorwaarde dat ik wetenschappelijk onderzoek kon doen en de opleiding longziekten kon binnenhalen. Dat laatste is een traject van ongeveer

8 jaar geweest. Ik ben er erg trots op dat we uiteindelijk de opleiding hebben gekregen.”

In 2006 openbaarde zich bij jou darmkanker.

“Al wat langer had ik buikklasten en darmkrampen. Tijdens een weekenddienst kreeg ik veel meer pijn. ‘s Nachts zette ik een stethoscoop op mijn buik. Toen schoot door mijn hoofd: “Nu wordt waarschijnlijk een tumor wel erg groot, ik moet ernaar laten kijken.” En daarna ging het heel snel. De radioloog maakte dezelfde zaterdag nog een scan en we zagen dat het niet goed was. De betrokken chirurg wilde dezelfde dag nog opereren. Misschien was dat wel wat te snel. Uiteindelijk ben ik na vier dagen geopereerd. Vervolgens kreeg ik adjuvante chemotherapie. Helaas kreeg ik na de derde kuur een ileus op basis van adhesies. Ik had toen echt het gevoel dood te gaan. Ik raakte in shock. Beangstigend. Ik moest snel opnieuw geopereerd worden. Ik herstelde gelukkig uiteindelijk van de ingreep, herstorte met chemotherapie. Daarna weer vrij snel aan werk, er kwam namelijk een opleidingsvisiting aan.

Ik had echter het gevoel dat er iets niet klopte. Ik had geen specifieke klachten, de bloeduitslagen waren normaal. Heel vreemde gewaarwording, ik kon het niet benoemen, maar iets voelde niet goed. Mijn behandelaar, met wie ik het goed kon vinden, zag geen reden tot verder onderzoek. Ik heb toen in overleg met hem zelf een scan laten maken in mijn eigen ziekenhuis en het bleek dat er een kleine metastase in mijn lever zat, op een rotplek, direct tegen de vena porta. Vijf maanden na de chemotherapie kreeg ik een extended hemihepatectomie. Helaas hierna ontwikkelde zich een gallige peritonitis. De hele periode heeft een enorme weerslag gehad op mijn fysieke functioneren. Het was niet verantwoord om 100% te werken. Het allerlastigste was dat ik mijn opleiderschap, logischerwijs, moest opgeven. Een groot verlies.”

Hoe voelt dat om ineens aan de andere kant te staan, van dokter patiënt te worden?

“Dat is moeilijk. Je bent in één keer afhankelijk en heel kwetsbaar. Als dokter heb je geleerd de leiding te

nemen en te houden. Het is lastig dat dat niet altijd kon. Hoewel ik denk dat ik mijn eigen gevoel op een aantal punten in het ziekteproces wel gevolgd heb en laten prevaleren, misschien wat eigenwijs, maar dat heeft mijn leven waarschijnlijk gered. Ik heb over deze rol, de dokter als patiënt, later nog vaak gepraat voor collegae, het is een aparte, kwetsbare ervaring geweest. Ik weet zeker dat ik nog een aantal jaar had doorgewerkt als ik niet ziek geworden was.”

René Aalbers kijkt terug op bewogen jaren. “Ik had van te voren niet verwacht dat mijn carrière zo zou verlopen. Op een aantal momenten heb ik zelf een andere keuze gemaakt, soms maakte “het leven” die voor mij. Misschien is dat ook wel een van de mooie aspecten van het leven, dat soms dingen heel anders gaan dan je plant. In de tijd die voor me ligt ga ik genieten van andere aspecten van het leven, een nieuwe boot, veel lezen. Daarnaast hoop ik nog actief te kunnen blijven voor het vak. Ik heb er veel zin in.”



Samenvatting proefschrift Gerben Stege

SLEEP AND THE USE OF SLEEP MEDICATION IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Proefschrift verdedigd aan de Radboud Universiteit Nijmegen op 15 mei 2013

**Promotor: Prof. dr. P.N.R. Dekhuijzen
Copromotoren: Dr. F.J.J. van den Elshout, Dr. Y.F. Heijdra, Dr. P.J.E. Vos**

De kwaliteit van de slaap bij mensen met een chronisch obstructieve longziekte (COPD) kan zeer slecht zijn; meer dan 50% van de mensen met COPD ervaart slaapklasten. Deze klachten bekleden de derde positie, achter dyspnoe en moeheid, op de lijst van meest voorkomende klachten bij mensen met COPD. Er is waarschijnlijk geen relatie tussen de longfunctie en het voorkomen van slaapklasten bij deze patiënten, maar het voorkomen van slaapklasten lijkt wel gerelateerd te zijn aan de hoeveelheid en ernst van pulmonale klachten. ATS/ERS-richtlijnen adviseren om geen slaapmiddelen voor te schrijven aan patiënten met COPD vanwege de kans op hypoventilatie door deze middelen.

De mate van slaapmiddelgebruik werd onderzocht in een eerstelijns populatie van patiënten met COPD, patiënten met diabetes mellitus (DM) en gezonde proefpersonen. Het gebruik van slaapmiddelen door patiënten met

COPD bleek aanzienlijk te zijn (circa 20%), maar niet significant verschillend van de andere twee studiegroepen. Dus ondanks dat richtlijnen adviseren om geen slaapmiddelen voor te schrijven aan patiënten met COPD, heeft toch een aanzienlijk deel van die patiënten ooit een slaapmiddel gebruikt.

Uit een cross-over studie bij patiënten met stabiel, ernstig COPD bleek dat het herhaaldelijk gebruik van temazepam niet de ademhaling en gaswisseling tijdens de slaap bij patiënten met ernstig COPD beïnvloedt. Daarnaast heeft temazepam geen positieve of negatieve effecten op de ademhaling overdag, de gaswisseling en dyspnoe overdag bij deze patiënten. Deze bevindingen suggereren dat temazepam veilig kan worden gebruikt door patiënten met COPD zonder nadelige effecten op de ademhaling. Dit is een belangrijke bevinding, want het verschaft patiënten en artsen een behandelmogelijkheid tegen slaapklasten zonder dat ze zich zorgen hoeven te maken over ongunstige bijwerkingen op de ademhaling. Desalniettemin moeten artsen zich wel bewust zijn van andere bijwerkingen van temazepam en het advies om het middel niet langer dan een maand achtereenvolgend te gebruiken.

In dit proefschrift werd ook de betrouwbaarheid en handzaamheid van een transcutane sensor om de $p\text{CO}_2$ en de zuurstofsaturatie (SpO_2) te meten tijdens inspanningstesten onderzocht. Uit dit onderzoek bleek dat de transcutaan gemeten $p\text{CO}_2$ - en SpO_2 -waarden goed overeenkomen met arteriële metingen van $p\text{CO}_2$ en SpO_2 . The transcutane sensor was makkelijk in het gebruik en weinig belastend voor de patiënt. Een beperking van de sensor is dat hij de waarden van andere informatieve stoffen, zoals bicarbonaat, lactaat, en de arteriële zuurstofspanning, niet meet. Omdat de transcutane sensor betrouwbare resultaten geeft tijdens een instabiele situatie zoals tijdens een inspanningstest, zal diezelfde sensor waarschijnlijk ook betrouwbare metingen van de PCO_2 geven tijdens slaap.

We onderzochten de overeenstemming tussen de geautomatiseerde analyse van polysomnografieën (PSG's) en handmatige analyse van PSG's (de gouden standaard). Men dacht dat de vooruitgang in elektronica en techniek voor middelen zouden zorgen die de last van het handmatig analyseren van PSG-data overbodig zou maken. Die 'last' bestaat uit het tijdrovende en arbeidsintensieve werk om de grote hoeveelheid data die tijdens een PSG

wordt verzameld te analyseren. De overeenstemming van geautomatiseerde analyse van PSG's van mensen met (en ook van mensen zonder) COPD met handmatige analyse is slecht, zowel bij de slaap-parameters als bij de respiratoire parameters. Zo is bijvoorbeeld een bias van 1.4 uur in totale slaaptijd is een klinisch relevant verschil. En een bias van 8.5 events per uur in de apnoe-hypopnoe-index kan tot gevolg hebben dat bij iemand wel of niet de diagnose obstructief slaapapnoesyndroom (OSAS) gesteld wordt. Dit verschil tussen uitkomsten van handmatige en geautomatiseerde analyses komt waarschijnlijk doordat het moeilijk is voor het geautomatiseerde systeem om verschillende slaapstadia van elkaar te onderscheiden (met name REM slaap en non-REM slaap stadium 2 van non-REM slaap stadium 1), doordat het lastig is om subtiele veranderingen in de PSG-opnames te herkennen. Deze uitkomsten laten zien dat het niet vanzelfsprekend is om automatische

analyses van PSG's te gebruiken in de medische praktijk en bij wetenschappelijk onderzoek.

Tot slot, de slaapkwaliteit van patiënten met COPD kan ernstig verstoord zijn en artsen zouden speciale aandacht moeten besteden aan de slaapklachten bij deze patiënten, omdat een verbeterde slaapkwaliteit een gunstige invloed zal hebben op de kwaliteit van leven van patiënten met COPD met slaapklachten. Alvorens slaapmedicatie te starten dient de eerste stap in de behandeling van slaapklachten bij patiënten met COPD het optimaliseren van de reguliere COPD-behandeling te zijn en aan patiënten te adviseren het roken te staken. De incidentie van slaapklachten bij patiënten met COPD is namelijk positief gerelateerd aan de mate van respiratoire klachten en roken.

Behandelopties voor deze slaapklachten zijn niet alleen niet-farmacologisch, maar de benzodiazepine temazepam kan

veilig gebruikt worden om de slaap te bevorderen zonder enige nadelige effecten op de ademhaling.

Voor meer informatie over de beschreven onderzoeken of een kopie van het proefschrift kunt u zich wenden tot Gerben Stege (gstege@rijnstate.nl).



Samenvatting proefschrift Herman Groepenhoff

CLINICAL RELEVANCE OF EXERCISE TESTING IN PULMONARY HYPERTENSION

24 mei 2013, VU Medisch Centrum, Amsterdam

Dit proefschrift getiteld: "Clinical relevance of exercise testing in pulmonary hypertension" heeft als belangrijkste doelstelling inzicht verkrijgen in de klinische relevantie van de verschillende inspanningsparameters bij pulmonale hypertensie (PH) patiënten. PH kent meerdere oorzaken waaronder vernauwing van de longvaten, longziekten, hypoxemie en linker hartfalen. De onderzoeken in dit proefschrift zijn voornamelijk uitgevoerd bij patiënten met pulmonale hypertensie als gevolg van een vernauwing van de longvaten, gedefinieerd als pulmonale arteriële hypertensie (PAH). PAH wordt gekarakteriseerd door een progressief toenemende longvaatweerstand resulterend in een verlaagde inspanningstolerantie en rechterhartfalen met als gevolg een vroegtijdig overlijden. Tijdens inspanning, als gevolg van een toename van de longvaatweerstand schiet de toename van het hartminuut-volume tekort waardoor klachten toenemen. Een geleidelijke afname van de inspanningstolerantie met klachten van kortademigheid en vermoeidheid is dan ook een veel voorkomend symptoom bij PAH.

De zes minuten loop test (6MWD) en de maximale fietstest met ventilatie metingen (CPET) zijn de meest gebruikte testen ter bepaling van het inspanningsvermogen in klinische studies bij PAH. Het pathofysiologisch inspanningsprofiel van PAH patiënten wordt gekenmerkt door een afgenomen zuurstofopname capaciteit in combinatie met een verlaagde ademefficiëntie. Naast onderzoeksresultaten bij patiënten met PAH bevat dit proefschrift twee hoofdstukken met resultaten verkregen door middel van onderzoek bij twee andere wereldwijd relevante patiëntengroepen waarbij PH mogelijk een belangrijke rol speelt: PH geassocieerd met chronisch obstructieve longziekte (COPD) en met chronisch hoogte ziekte.

Het direct non-invasief kunnen meten van een beperkte slagvolume toename tijdens inspanning is belangrijk bij PAH. Echter zowel CPET als 6MWD zijn indirecte metingen van een slagvolume toename. In dit proefschrift laten we zien dat de "intra-breath" techniek gebruik makende van acetyleen opname van waarde kan zijn voor het bepalen van de slagvolume response tijdens inspanning en bovendien is staat is een verlaagd slagvolume response tijdens inspanning bij PAH patiënten aan te tonen in vergelijking

tot gezonde proefpersonen. Linker hartfalen patiënten hebben als gevolg van een verminderde slagvolume respons, net als PAH patiënten, ook een beperkte inspanningstolerantie. Het maximale slagvolume bij PAH is in vergelijking tot linker hartfalen patiënten zo mogelijk nog meer afgenomen. Dit onderzoeksresultaat heeft belangrijke therapeutische consequenties denkende aan bijvoorbeeld bètablokker therapie. Zowel de 6MWD als CPET voorspellen overleving in PAH. Het voordeel van CPET boven de 6MWD is de mogelijkheid tot het beschrijven van de kenmerkende pathofysiologische afwijkingen van de inspanningsbeperking. Echter, wanneer 6MWD al bekend is, blijkt CPET nog maar van een heel geringe toegevoegde prognostische waarde voor overleving te zijn. Daarentegen, onze resultaten laat ook zien dat na 1 jaar behandeling, de verandering van de aerobe capaciteit gemeten tijdens CPET wel degelijke van belangrijke toegevoegde prognostische waarde is. Wanneer een beter inspanningsvermogen resulteert in een betere prognose dan de logische vraag: "Is het mogelijk het inspanningsvermogen bij PH door middel van training te verbeteren?" Onze resultaten laten dat het antwoord

op deze vraag JA is. Training heeft een gunstig effect op zowel het algehele uithoudingsvermogen als op de spierfunctie bij PAH patiënten. COPD patiënten kunnen tijdens hun ziekteprogressie ook PH ontwikkelen. Bij deze patiënten groep zou de uitgebreide CPET een belangrijke rol kunnen spelen in het vroegtijdig vaststellen van PH. Echter bij opsporing van PH bij COPD, blijken CPET gaswisselingsparameters geen toegevoegde diagnostische waarde te bezitten wanneer de arteriële saturatie al bekend is. COPD patiënten met PH laten een lagere saturatie in rust zien met een verdere desaturatie tijdens inspanning. Een 6MWD met saturatie meting zou in deze dus kunnen volstaan voor het onderscheid tussen COPD met en zonder PH. Vergelijkbaar met COPD patiënten kunnen ook

chronisch hoogte ziekte patiënten PH ontwikkelen. Pulmonale hypertensie bij chronisch hoogte ziekte wordt veroorzaakt door een excessieve toename van de rode bloedcellen als gevolg van een verminderde ademrespons op de heersende lage zuurstofspanning op hoogte. Onze veronderstelling was dat chronisch hoogte ziekte patiënten als gevolg van PH een verlaagde maximale zuurstof opname zouden laten zien. Nochtans, wij laten door middel van hartecho en CPET zien dat chronisch hoogte ziekte patiënten, ondanks een ernstige pulmonale hypertensie en relatieve hypoventilatie, een normale maximale zuurstof opname bezitten waarschijnlijk verklaard door de combinatie van een toegenomen diffusie – en zuurstof transport capaciteit van het bloed.

Voor meer informatie over de beschreven onderzoeken kunt u zich wenden tot: h.groepenhoff@vumc.nl



Even voorstellen!

Pieter Broos

Sinds april 2013 ben ik, Pieter Broos, gestart als beleidsmedewerker kwaliteit bij het verenigingsbureau van de NVALT in 's-Hertogenbosch. Ik zal de NVALT ondersteunen bij de implementatie en uitvoering van het geïntegreerd kwaliteitsbeleid, waarin de vereniging eigen beleid uit kan zetten en samenhang aanbrengt in de verschillende activiteiten op het gebied van kwaliteit zoals richtlijnen, kwaliteitsmeting en visitaties.

Mijn aanstelling is vorm gegeven middels een detachering vanuit het Kennisinstituut van Medisch Specialisten waar ik werkzaam ben als adviseur. Het Kennisinstituut van Medisch Specialisten (KiMS) is in januari 2013 ontstaan uit de afdeling Ondersteuning Professionele Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten (OMS). KiMS is een expertisecentrum gericht op innovatie, kennisbundeling en -uitwisseling met een duidelijke focus op medisch-specialistische zorg. Naast de 12 uur per week die ik voor de NVALT werk, houd ik mij binnen KiMS bezig met procesmatige en methodologische ondersteuning aan richtlijnwerkgroepen en het ontwikkelproces van (kwaliteits)indicatoren voor verschillende wetenschappelijke verenigingen.

Ik ben afgestudeerd in Biomedische wetenschappen aan de Radboud Universiteit Nijmegen en heb mij gespecialiseerd in Health Technology Assessment. Daarnaast volgde ik een programma 'Fundamentals of Business and Economics' aan de Universiteit Utrecht en studeerde in 2010 af op het onderwerp 'noodzakelijk te verzekeren zorg' bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Voordat ik in september 2012 bij de OMS aan de slag ging heb ervaring opgedaan op het gebied van beleidsadvisering in de (internationale) gezondheidszorg bij onderzoeks- en adviesbureau Ecorys.

Voor de komende jaren heeft de vereniging zich ten doel gesteld het kwaliteitsbeleid naar een hoger plan te brengen. Ontwikkelingen in de zorg die raakvlakken hebben met

kwaliteit zijn de afgelopen jaren in een stroomversnelling gekomen. Denk bijvoorbeeld aan de veranderde maatschappelijke verantwoordelijkheid en de toegenomen aandacht voor het individueel functioneren van de medisch specialist, de vraag naar transparante informatie over de kwaliteit van de zorg en de toegenomen belangstelling voor veiligheid. Voor mij als beleidsmedewerker kwaliteit is het de uitdaging om samen met het bestuur een kwaliteit-beleidsplan op te stellen waarin de doelstellingen op het gebied van het kwaliteitsbeleid worden beschreven. Hierbij is input en betrokkenheid van de leden een belangrijke voorwaarde. Met een kwaliteit-beleidsplan kunnen we samen de kwaliteit van de zorg voor de longpatiënt blijven verbeteren, waarmee de NVALT een proactieve rol op het gebied van kwaliteitsbeleid uitdraagt. Kwaliteit is immers een gezamenlijke prioriteit.

Er liggen een aantal mooie taken op me wachten!



Lustrum 105 jaar NVALT

Tijdens de 10e longartsenweek van 25 t/m 28 maart 2013 is op de dinsdag 26 maart het 21^e lustrum van de NVALT feestelijk gevierd op de locatie Papendal te Arnhem.

Het 105 jarig bestaan was wederom een mijlpaal voor de vereniging en reden voor een feest. Na het overweldigende eeuwfeest in Maastricht, waarvan de nasmaak nog maar net verdwenen was, hebben we dit keer iets soberder uitgepakt. Toch kunnen we terug kijken op een geslaagd feest dat startte laat in de middag met een rondleiding over het terrein van Papendal. Dit werd van deskundig commentaar voorzien door insiders van het complex, eenieder was natuurlijk heimelijk trainende sporthelden aan het spotten. Het is niet geheel duidelijk wat de oogst geweest is.

Aan het begin van avond hield de voorzitter van de NVALT, GeertJan Wesseling een heldere en stimulerende openingspeech. Daarna werd hem door Huib Kerstjens een eerste exemplaar van het boekje "feiten en cijfers" aangeboden. Dit boekje is samengesteld door Irmy Kaspers en bevat informatie over tien veelvoorkomende longziekten met epidemiologische gegevens o.a. in Europees verband en financiële achtergronden.

Hierna kon de feestvreugde echt losbarsten met swingende muziek en imponerende dansacts door soepele personen in witte jassen. "Dont try this at home". Er was een uitstekend verzorgd buffet. De acts waren dusdanig van kwaliteit dat de benen al snel van de vloer gingen. Ook was er opkomst van de nodige rustende leden van de NVALT, waardoor er ook leuke herinneringen konden worden opgehaald. Kortom, voor eenieder wat wils.

Graag wil ik eenieder bedanken die heeft bijgedragen aan de feestvreugde.

Op naar het 110-jarig bestaan van de NVALT.

Wiel de Lange

Voorzitter lustrumcommissie 105 jaar NVALT.





Longdagen 2013

wetenschappers, longartsen en zorgverleners samen in Utrecht

De NVALT is samen met de NRS (Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband) en het Longfonds initiatiefnemer van de Longdagen, het wetenschappelijk congres over longziekten dat dit jaar op 18 en 19 april voor de tweede keer werden gehouden in de Jaarbeurs in Utrecht. Het doel van de Longdagen is om een ontmoetingsplaats te zijn voor uitwisseling van kennis en ervaring tussen professionals die zich bezig houden met de zorg voor longpatiënten

en wetenschappelijk onderzoek naar longziekten: de longarts, onderzoeker, kinderlongarts, huisarts, longfunctie analist, research analist en anderen die zich met dit onderwerp bezig houden. Daarnaast is er een speciaal programma dat gericht is op het publiek: longpatiënten en andere geïnteresseerden. Met een mix van parallel sessies en plenaire lezingen willen de Longdagen niet alleen iets bieden voor alle deelnemers op hun eigen deelvakgebied, maar ook

discipline-overstijgende informatie presenteren omdat juist zorg voor longpatiënten en onderzoek naar longziekten een multidisciplinaire benadering vereist.

Dat dit concept aanspreekt blijkt uit het feit dat de Longdagen 2013 meer inschrijvingen hadden dan de Longdagen 2012: 400 inschrijvingen voor professionals en 250 inschrijvingen van publiek zorgden ervoor dat de inschrijving enkele dagen voor het



Voorzitter Programmacommissie Peter Sterk

congres moest worden gestopt. Uiteraard gaan we ervoor zorgen dat we volgend jaar niemand hoeven teleur te stellen door dit "luxe-probleem". De vraag is natuurlijk of de Longdagen erin zijn geslaagd om de doelstellingen te realiseren? Op basis van een eerste analyse van de enquête lijkt dat meer dan gelukt te zijn, maar indien u niet zelf aanwezig kon zijn is het uiteraard het beste om dit na te vragen bij een collega die de Longdagen wel heeft bezocht. Het was lekker druk, intensief en inhoudelijk divers met nieuws voor iedereen.

Wat was er te zien en te horen op de Longdagen? De presentatie van de publicatie "Longziekten feiten en cijfers 2013" van de Long Alliantie Nederland (LAN) door de nieuwe LAN voorzitter Guusje ter Horst vormde een belangrijke start van de Longdagen op donderdag 18 april. Daarmee werd een uitstekende up-to-date schets gegeven van de ontwikkelingen rondom de tien meest voorkomende longziekten in Nederland, met een stijging t.o.v. de analyse in 2008 van het aantal patiënten, sterfte en kosten. Stephen Holgate (Southampton, UK) gaf daarna een overzicht van de bijdrage van wetenschappelijk onderzoek aan een betere zorg voor longziekten en de mooie kansen hierbij voor de komende jaren. Parallelsessie over overgewicht en longziekten, de rol van recent gekarakteriseerde celtypes in longziekten, en "community care" en multidisciplinaire geïntegreerde behandeling van longziekten trokken veel professionals, terwijl publiek de sessie "Uw zorg anno 2013" bezocht.

Daarna was het tijd voor de onderzoekers die een abstract hadden ingediend, met 87 bijdragen ook weer meer dan in 2012. Daarmee vormen de Longdagen het grootste wetenschappelijk congres in Nederland op dit terrein. De onderzoekers konden hun onderzoek presenteren tijdens de postersessies op beide congresdagen en tijdens de oral presentation sessies op vrijdag. De Publieksmarkt bood informatie over uiteenlopende onderwerpen zoals longfunctie meting, inhalatie van medicatie, stoppen met roken, zelfmanagement en



Uitreiking NRS Swierenga Thesis Award 2013 aan Firdaus Mohamed Hoesein (v.l.n.r. Christian Taube, Firdaus Mohamed Hoesein)



Uitreiking NRS Young Investigator Award aan Daan Pouwels (v.l.n.r. Pieter Hiemstra, Agnes Boots, Daan Pouwels, Maurits Huigen [Chiesi])



Uitreiking Longdagen Best Oral Presentation Award aan Tamara Paff (v.l.n.r. Pieter Hiemstra, Christian Taube, Tamara Paff, Michael Hertog [Novartis])



Presentatie LAN publicatie "Longziekten: feiten en cijfers 2013" v.l.n.r. Peter Sterk, Guusje Ter Horst, Pieter Hiemstra

presentaties van apps voor smartphones en tablets zoals de Allergieradar. Tijdens het Longdagen Debat (met als titel "Doe zelf 's gezond") onder leiding van Inge Diepman stonden de grenzen van verantwoordelijk gezond gedrag centraal. Ledenvergaderingen van de deelnemende organisaties sloten de eerste dag af.

Wat is de rol van het genotype bij de behandeling van cystic fibrose en

longkanker, hoe meet je longfunctie bij 0-6 jarigen en wat is de waarde van die metingen, en wat kunnen we verwachten van 'regenerative medicine' en stamcelonderzoek voor longpatiënten? Dat waren enkele van de onderwerpen die op vrijdag 19 april werden besproken tijdens de parallelsessies op vrijdagmorgen. Kinderlongarts Sejal Saglani (London, UK) ging in op de relatie tussen gebeurtenissen jong in het leven en de

ontwikkeling van longziekten, terwijl longarts Stefan Marciniak (Cambridge, UK) het belang van celbiologisch onderzoek naar endoplasmic reticulum stress voor alpha1-antitrypsine deficiëntie en mesothelioom schetste.

De succesvolle tweede editie van de Longdagen werd afgesloten met een lezing van Marc Willemsen (MUMC Maastricht) over het tabaksbeleid in Nederland en de EU.



Zaal tijdens presentatie Stephen Holgate



Publiekmarkt



Tussen de sessies



Postersessie



Sejal Saglani



Bernard Roelen

Het programma en een videopresentatie van de Longdagen 2013 (met dank aan iPulmonologist) kunt u nog eens inzien op de Longdagen (www.longdagen.nl) en NVALT- en NRS websites. De Longdagen werden mede mogelijk gemaakt dankzij financiële steun van de deelnemende organisaties zoals de NRS, NVALT, Longfonds en andere beroepsverenigingen, van farmaceutische bedrijven en zorgverzekeraars, en door een zeer efficiënt organisatie-team onder leiding van Trudy de Baaij (chef de bureau, NVALT) en Gerrit Vink (projectleider, Longfonds). Met aandacht in landelijke dagbladen en Radio 1 waren de Longdagen ook publicitair een succes, en brachten longziekten landelijk onder de aandacht. De Longdagen krijgen hun vervolg in 2014, en we hopen daar veel NVALT leden als deelnemer te kunnen begroeten!

Pieter Hiemstra
(voorzitter congrescommissie; afdeling Longziekten, LUMC)

Peter Sterk
(voorzitter programmacommissie; afdeling Longziekten, AMC)



Longdagen Debat: (v.l.n.r. staand Marije Kootstra, Jaap Sont en Geertjan Wesseling)



Uitreiking Longdagen Publieksprijs aan Esther Metting (v.l.n.r. Pieter Hiemstra, Hendrien Witte, Esther Metting, Maurits Huigen [Chiesi])

Kandidaat-leden

Bart Biallosterski (aios, VU Medisch Centrum, Amsterdam)

Gea Douma (aios, Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden)

Anna van Gemert (aios, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam)

Berni Kiers (aios, HagaZiekenhuis, Den Haag)

Bas Mathot (aios, Erasmus MC, Rotterdam)

Bas Robberts (aios, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen)

An-Sofie Verstraeten (longarts / intensivist, Admiraal De Ruyter Ziekenhuis, Goes)

Nieuw benoemde longartsen

Roy Dambacher Elkerliek Ziekenhuis, Helmond

Shailin Gajadin Amphia Ziekenhuis, Breda

Christa de Groot Diaconessenhuis, Utrecht

Romke Hoekstra Antonius ziekenhuis, Sneek

Marcel Veltkamp Sint Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein

Nieuwe rustende leden

Albert van Lier Koog aan de Zaan

Marietje Oudijk Bennekom

Frank Simonis Vught

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
JUNI 2013		
24	1	European Anesthesiology Congress / Euroanaesthesia (ESA 2013) - Barcelona (ES)
	1	Sleep (Baltimore)
2	4	Longkanker, let's tALK now! - Eindhoven (NL)
3	5	ASCO TeleReview® 2013 - Amsterdam (NL)
3	5	ASCO TeleReview® 2013 - Nieuwegein (NL)
3	5	ASCO TeleReview® 2013 - Zwolle (NL)
7	5	NVIC basiscursus luchtwegmanagement op de Intensive Care - Houten (NL)
12	6	MedicALS - Riel (NL)
	6	WASOG Parijs (FR)
8	7	Bronchiectasis: diagnosis, management and research - Londen (GB)
3	7	COPD, more than an airway disease - Amsterdam (NL)
5	7	Expertmeeting Donatie-intensivisten - Utrecht (NL)
17	9	Palliatieve Zorg bij COPD - Liverpool (GB)
18	10	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
17	11	International Vicenza Course on Critical Care Nephrology (2013) - Vicenza (IT)
2	11	Longartsenworkshop "Exacerbatie management bij COPD" - Roosteren (NL)
2	12	Optimaliseren palliatieve longkankerzorg, een veelzijdig programma - Haren (NL)
	12	Symposium Palliatieve zorg - Arnhem (NL)
9	13	Clinical Experts Workshop - Bonaduz (CH)
5	13	Het 3e Zeister Longsymposium; ECLIPSE current and future perspectives ism CIRO - Zeist (NL)
12	13	NVIC Circulatiedagen 2013 - Noordwijkerhout (NL)
i.a.	14	2e Landelijke Infectie en Afweerdag - Amersfoort (NL)
2	18	Academie ontmoet Periferie - Amsterdam (NL)
12	18	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
12	18	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
2	18	Tumorkongres Bronchuscarcinomen - Sittard (NL)
10	20	European PAH forum 2013 - Current State and Future Visions in PAH - Berlijn (DE)
11	20	Masterclass Respiratory Infections - Barcelona (ES)
11	20	Nederlandstalige Tuberculose Diagnostiek Dagen - Bilthoven (NL)
12	20	Zomercursus Polysomnografie - Heeze (NL)
2	24	NetwerkSymposiumLONG - Ede (NL)
12	25	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
6	27	Interventie endosonografie voor longziekten - Amsterdam Zuid-Oost (NL)
JULI 2013		
12	4	ESICM Summer Conference (European Society of Intensive Care Medicine) 2013 - Montreux (CH)
1	8	Psychologische problemen na intensieve zorg op de IC afdeling - Woerden (NL)

Punten	Datum	Nascholing
AUGUSTUS 2013		
20	26	Focusing on the brain (Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (SSAI)) - Turku (FI)
26	28	11th World Congress on Intensive Care and Critical Care Medicine (WFSICCM 2013) - Durban (ZA)
SEPTEMBER 2013		
18	4	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
5	5	Mythen, Missers & Maatwerk + Meesterwerk Infectieuze Bedreigingen 2013 - Ede (NL)
20	7	ERS - Barcelona (ES)
21	10	International Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC 2013) - Denver (US)
12	17	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
18	18	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
i.a.	19	2e congres Dutch Acute Medicine - Amsterdam (NL)
2	19	Management van bijwerkingen van EGFR-tyrosine kinase remmers bij longkanker - Zoetermeer (NL)
12	19	NVIC Traumatologie en Acute Geneeskunde 2013 - Ede (NL)
12	24	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
6	24	ReCertification Course - Riel (NL)
2	24	Regionaal Infectiemenu 2013 - 6717 LZ (NL)
6	25	ReCertification Course - Riel (NL)
2	26	Management van bijwerkingen van EGFR-tyrosine kinase remmers bij longkanker - Heemstede (NL)
OKTOBER 2013		
12	1	MedicALS - Riel (NL)
6	2	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
30	2	Infectious Diseases Week (ID week 2013) - San Francisco (US)
12	2	NVIC Echografie cursus 2013 - Lunteren (NL)
i.a.	3	MMT-Congres "Samen Sterk" - Duiven (NL)
	4	NVALT Ledenvergadering - Utrecht
30	5	Annual Congres European Society of Intensive Care Medicine (ESICM 2013) - Parijs (FR)
	5	Hermes Examen Utrecht
20	6	The New York Dutch Lung Cancer Course - Manhattan (US)
18	8	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
27	12	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2013) - San Francisco (US)
12	15	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
	15	Update van onderzoek in allergische rhinitis en astma en belang van standaardisatie- en kwaliteits processen bij het ontwikkelen van immunotherapie producten. - Horsholm (DK)
18	17	ANZICS Intensive Care Annual Scientific Meeting 2013 - Hobart (AU)
12	25	Congress/Scientific Symposium: Resuscitation / European Resuscitation Council (ERC 2013) - Krakau (PL)
20	26	Chest - Chicago (US)
i.a.	27	World Conference on Lung Cancer 2013 - Sydney (AU)
18	29	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
2	29	Regionaal Infectiemenu 2013 - 6717 LZ (NL)

Punten	Datum	Nascholing
NOVEMBER 2013		
6	1	Immediate Life Support 2013 - Houten (NL)
26	3	Schiermonnikoog MasterclassIC 2013 - Schiermonnikoog (NL)
12	6	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	12	MedicALS - Riel (NL)
18	13	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	13	NVIC Echografie cursus 2013 - Lunteren (NL)
12	19	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
2	19	OLOB 2013 - Tilburg (NL)
6	19	ReCertification Course - Riel (NL)
6	20	ReCertification Course - Riel (NL)
12	21	NVIC infectiedagen 2013 - Ede (NL)
2	21	Regionaal Infectiemenu 2013 - 6717 LZ (NL)
18	25	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
7	25	NVIC basiscursus luchtwegmanagement op de Intensive Care - Houten (NL)
12	26	Airway Management voor de Acute patient - Kolham (NL)
18	26	DSTC en DATC - Nijmegen (NL)
	28	Bronkhorst - Veldhoven
DECEMBER 2013		
12	10	Advanced Life Support 2012 - Kolham (NL)
12	10	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	11	Clinic "Interstitiële Longaandoeningen" - London (GB)
6	11	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
18	17	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	17	MedicALS - Riel (NL)
2	19	Regionaal Infectiemenu 2013 - 6717 LZ (NL)
JANUARI 2014		
30	9	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congres (SCCM 2014) - San Francisco (US)
	15	7e Jaarsymposium Pulmonologie (Utrecht)
MAART 2014		
	24	Longartsenweek - Arnhem (NL)
		April 2014
	4	Longdagen - Utrecht (NL)
SEPTEMBER 2014		
	6	ERS - München (DE)
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"
5		"Webcast: Het 2de Zeister Longsymposium - Astma: écht geen probleem meer?"
5		abcdeSIM
1		Collegetour Longcarcinoom: het belang van moleculaire diagnostiek
1		Collegetour: behandeling van het niet-kleincellig longcarcinoom
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		Longcarcinoom en andere thoracale tumoren
1		Longcarcinoom en andere thoracale tumoren - module 2
1		Longcarcinoom en andere thoracale tumoren - module 3
2		Masterclass Longcarcinoom
1		OncoMotief 18 Klein Vlekje
6		Online nascholing Moleculaire Longoncologie
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 Richtlijn Ernstig astma
1		WebTV Stoppen met roken
1		WebTV Stoppen met roken 2013

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