

PULMO *Script*

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT
JAARGANG 25, NR. 1 MAART 2014



**NRS ROADMAP:
HEDEN EN TOEKOMST
LONGONDERZOEK**

**OPLEIDING IN DE KIJKER:
MEDISCH SPECTRUM TWENTE**

**DUOBANEN:
TWEVE VOOR DE
PRIJS VAN ÉÉN**

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. 2: 15 mei 2014

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
drukkeradviezen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



04 VOORWOORD

Bestuur

- 05 Vanuit het bestuur
- 07 Notulen huishoudelijke NVALT vergadering 30 januari

Vanuit de VvAwT

- 14 Verslag Studiedagen VvAwT

Vanuit de Sectie Assistenten

- 16 Jonge klaren over de grens

Rubrieken

- 18 Opleiding in de kijker: Medisch Spectrum Twente
- 20 Pulmonaal Portret: Niels Patberg
- 22 "Klaar": Frank Visser

Interview

- 24 Ellen Cobben en Juliette Rooijmans.
Duobanen: Twee voor de prijs van één

Nascholing

- 25 Samenvatting proefschrift Gerrina Ruiter
Iron deficiency in pulmonary hypertension: from observation to intervention

En ook...

- 28 NRS Roadmap
- 31 LAN: Eerste eenduidige inhalatieprotocollen gereed
- 26 Financiële tegemoetkoming/schadevergoeding voor
asbestosepatiënten
- 33 Verslag ILD masterclass: 'IPF: diagnostiek en management'

Personalia

- 35 Kandidaat-leden
- 36 Nieuw benoemde longartsen
- 36 Nieuwe rustende leden

37 Congresagenda



Beste lezer van PulmoScript,

Daar is 'ie weer, uw vertrouwde verenigingsblad PulmoScript. Ook in deze editie komt u weer veel lezenswaardige stukken tegen.

Allereerst wil ik graag nog even terugblikken op de recente ledenvergadering van 30 jan jl. Zelden was de opkomst zo hoog. We hebben een mooi wetenschappelijk programma en een belangrijke huishoudelijke vergadering met elkaar doorlopen. In het wetenschappelijk programma werd onder andere aandacht besteed aan de roadmap van het Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband (Netherlands Respiratory Society; NRS). In deze editie van PulmoScript is een toelichting opgenomen. Een belangrijk thema tijdens de huishoudelijke vergadering was de werkloosheid onder jonge klare longartsen. Inmiddels is er een NVALT commissie in het leven geroepen om met dit probleem aan de slag te gaan. In deze PulmoScript worden alvast enkele oplossingen aangedragen: de bijdrage vanuit de Sectie Assistenten, 'Jonge klaren over de grens' en het interview met Ellen Cobben en Juliette Rooijmans, 'Duobanen: Twee voor de prijs van één'.

En dan de rest. Nathalie Stadhouders wil ik graag bedanken voor de terugblik op de Studiedagen van de Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding (VvAwT). Ook wil ik Marjolijn van der Schoot bedanken voor haar verslag van de ILD masterclass: 'IPF: diagnostiek en management', december 2013 in het Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede. Het is altijd boeiend en nuttig om dergelijke verslagen te lezen.

Voor wat betreft de opleiding komt deze keer de wijsheid uit het oosten. Het Medisch Spectrum Twente in Enschede is deze keer in de rubriek 'Opleiding in de kijker' aan de beurt. Lees hoe de sfeer is in deze opleidingskliniek met rijke traditie. In het 'Pulmonaal Portret' maken we deze keer nader kennis met Niels Patberg. Niels, dank dat je jezelf bloot geeft, we hopen nog veel van je te horen vanuit Zwolle. En dan, in de rubriek 'Klaar' nemen we afscheid van Frank Visser. Frank, authentiek als altijd, we kunnen ons niet voorstellen hoe we verder moeten zonder jou. Ik wens je heel veel plezier in de volgende fase van je leven.

Ook in deze editie hebben we weer een samenvatting van een mooi proefschrift mogen opnemen. Het gaat deze keer om het proefschrift getiteld 'Iron deficiency in pulmonary hypertension: from observation to intervention' van Gerrina Ruiters. Gerrina, ik wil je graag vanuit deze functie feliciteren. Ik kan iedereen uitnodigen eens naar een voordracht van haar te gaan luisteren als de gelegenheid zich voordoet.



Al met al, geheel passend bij het inspirerende voorjaar, staat deze PulmoScript weer bomvol met veel leesgenoegen. Ik wens u veel plezier!

Folkert Brijker, *wetenschappelijk secretaris*

Vanuit het bestuur

Beste Lezers,

Voor u ligt weer een nieuw nummer van de PulmoScript. Een van de onderwerpen die hierin aan bod komt betreft het fenomeen duobanen. Duobanen zou een van de mogelijkheden zijn om het dreigend overschot aan jonge klare longartsen deels te kunnen oplossen. Zoals u weet heeft het Bestuur samen met het assistentenbestuur een inschatting gemaakt van het verschil tussen de instroom van nieuwe longartsen versus het aantal longartsen, dat hun praktijk beëindigt. Ondermeer door verhoging van de verplichte pensioenleeftijd, een geringere percentage van parttime werkenden, de onzekerheid rondom de positie van medisch specialisten in 2015 en het feit dat de afgelopen jaren de overheid consequent meer specialisten opgeleid heeft dan de adviezen van wetenschappelijke verenigingen, heeft deze constellatie van factoren ertoe geleid dat een steeds groter stuwmeer van jonge klaren ontstaan is, die maar met moeite een baan kunnen vinden. Het gedurende langere tijd niet kunnen praktiseren leidt vervolgens op termijn tot problemen met betrekking tot de verplichte herregistratie. Het Bestuur roept iedereen op om mee te denken over manieren om deze problematiek het hoofd te bieden en heeft een commissie ad hoc ingesteld, die de vereniging zal adviseren omtrent mogelijke oplossingen. Een van de manieren is een actueel overzicht te krijgen in de huidige marktsituatie: hiertoe dient de recent verzonden enquête, waarin geprobeerd wordt inzicht te krijgen in het actueel aantal

werkzame specialisten, de (verborgen) behoefte en de mate van uitstroom van specialisten in de komende jaren. Op basis van deze gegevens zal deze commissie "Jonge klaren" vervolgens in overleg met het capaciteitsorgaan een nog betere inschatting van het aantal op te leiden longartsen kunnen maken. Voorop staat dan natuurlijk wel dat de overheid ook bereid is ons advies als bindend te ervaren, hetgeen tot heden niet het geval was. Het blijkt dat een aantal van u de enquête nog niet geretourneerd heeft en het Bestuur wil u bij deze met klem verzoeken alsnog uw medewerking hieraan te verlenen. Wij kunnen onze zojuist geregistreerde collegae niet in de kou laten staan!!

Daarnaast is op de afgelopen ledenvergadering ook de position-paper Interstitiële Pulmonale Fibrose besproken. Aangezien deze position-paper pas zeer kort voor de vergadering online gezet werd, kon zij niet in de ledenvergadering definitief geaccordeerd worden. Besloten werd nog twee weken extra tijd te reserveren, zodat iedereen er kennis van kon nemen en opmerkingen nog naar de leden van de position-paper toegestuurd konden worden. Naar verwachting zal ten tijde van het verschijnen van deze PulmoScript de position-paper zijn definitieve status verkregen hebben. Het is essentieel dat deze position-paper door onze vereniging geaccordeerd wordt, aangezien dit een van de voorwaarden is die de overheid (VWS) gesteld heeft om het toelatingsarrangement van pirfenidon te starten. Naar analogie

van de procedure met Xolair staat de overheid onder bepaalde (strikte) voorwaarden toe dat pirfenidon in een beperkt aantal centra voorgeschreven kan worden aan patiënten met IPF. Deze centra zullen binnen de werkgroep Interstitiële Longziekten in goed onderling overleg gedefinieerd worden. Een andere bindende voorwaarde betreft dat alle patiënten die met pirfenidon behandeld worden, opgenomen worden in een landelijke database. Na het ongeveer anderhalf jaar durend experiment kan dan bezien worden of er sprake is van een kosteneffectieve inzet van pirfenidon. Deze database zal onder onafhankelijk toezicht van de NVALT komen staan. Omdat deze database primair ontwikkeld is door de fabrikant van het geneesmiddel is op dit moment het Bestuur bezig om samen met de notaris de overdracht van deze database juridisch af te dichten. Naar verwachting zullen in de toekomst meerdere soortgelijke arrangementen geïntroduceerd worden om nieuwe medicamenten in de praktijk te toetsen op hun meerwaarde. Het moge duidelijk zijn dat er dan wel opnieuw een inspanning van de specialisten gevraagd wordt, die verder gaat dan de reguliere patiëntenzorg.

Daarnaast zal de vereniging binnenkort een duidelijk oordeel moeten uitspreken over het concept "normen en waarden rapport" van de commissie visitatie Longziekten. Zowel vanuit de Orde als de overheid (Inspectie Gezondheidszorg) wordt aangedrongen op meer transparantie en bewaking van de kwaliteit van zorg, zoals die door

de specialisten aangeboden wordt. Met name de inspectie vraagt zich af of de individuele maatschappen / vakgroepen voldoende inzicht hebben in de uitkomst van hun patiëntenzorg en in staat zijn om op tijd hierin te corrigeren. De NVALT zal hierin samen met de wetenschappelijke verenigingen binnen de Orde van Medisch Specialisten optrekken. Het zal van belang zijn om gezamenlijk (samen met de Inspectie) een model te ontwikkelen, omdat wij anders weer verzanden in een discussie, zoals die zich nu afspeelt rondom de HSMR-cijfers. Op korte termijn

zal een delegatie van het Bestuur overleg hebben met de Inspectie over deze ontwikkelingen.

Ik wens u veel leesplezier toe met dit nummer van de PulmoScript en hoop u binnenkort weer te mogen zien op de Longartsenweek of de Longdagen,

Met collegiale groet,

Herman-Jan Pennings, *secretaris*



donderdag 30 januari 2014 te Utrecht

Notulen ledenvergadering NVALT

Aanwezig (getekend op presentielijst) : 75

1. Opening

De voorzitter opent de vergadering om 14.30 uur. Ze vraagt een minuut stilte voor de oud-collegae Hans Ebels, (september 2013), Frank Simonis (oktober 2013) en Joost Thönissen (december 2013) die zijn overleden.

2. Notulen vergadering 4 oktober 2013

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

3. Mededelingen vanuit het Bestuur

Heijdra:

- Er is een Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten. Wat dit plan inhoudt is terug te vinden op de website van de Longalliantie Nederland (LAN). De doelstellingen van dit actieprogramma zijn:
25% minder ziekenhuisopnamedagen astma en COPD
15% vermindering verloren werkdagen door astma en COPD
20% meer rendement van inhalatiemedicatie;
25% minder kinderen die beginnen met roken;
10% minder doden door astma en COPD.
Voor het terugdringen van de ziekenhuisopnamedagen is een werkgroep samengesteld waarvan Kerstjens co-voorzitter is. Een tweede lid namens de NVALT is Van Snippenburg.
Vanuit de NVALT zal een plan (CBO-richtlijn) gemaakt worden waarbij een exacerbatie-protocol vormgegeven gaat worden; voorzitter van deze werkgroep is Van den Elshout.
- Er zijn inhalatiewijzers gelanceerd die zijn terug te vinden op de website van de NVALT en de LAN. Dit zal uiteindelijk leiden tot een groter rendement van deze inhalatiemedicatie.
- De wisselingen in de bezetting van de diverse commissies binnen de NVALT zullen, zoals gebruikelijk in april plaatsvinden. Dit jaar zal dit via de mail gecommuniceerd gaan worden.
- Op de website van de NVALT is een advertentie geplaatst voor een nieuwe voorzitter.

Pennings

- De FERS (Forum van de ERS) vergadert tweemaal per jaar in april en september. Met de running-up-voorzitter Liesbeth Bel hoopt de NVALT korte lijnen te onderhouden. De National Delegate bij de ERS is op dit moment een klinisch geneticus. Het zou het meest ideaal zijn als dit een longarts zou zijn bij de volgende verkiezingen over 3 jaar.
- De ERS heeft een vervolg op het Lung White Bookboek (2003) gepubliceerd, dit is voor ERS-

- leden gratis te downloaden (whitebook.ersnet.org)
- Het bestuur heeft samen met de werkgroep ILD overleg gehad met het Ministerie van Volksgezondheid (VWS) en CVZ. VWS is van plan om een middel ter behandeling van longfibrose (Pirfenidon) in aanmerking te laten komen voor vergoeding. Er is in een arrangement afgesproken dat het middel onder specifieke voorwaarden ter beschikking gesteld gaat worden; overweging hierbij is dat de kosten-effectiviteit weliswaar niet afdoende bewezen is maar dat er geen ander middel voor de behandeling van deze patiënten beschikbaar is. VWS zal met de fabrikant prijsafspraken maken. Het middel kan door een 8-tal centra in Nederland voorgeschreven gaan worden; deze centra worden voorgesteld vanuit de WG ILD, in afstemming met het Bestuur NVALT, en uiteindelijk goedgekeurd door VWS.. Een andere voorwaarde die VWS stelt is dat er een door de beroepsgroep gedragen richtlijn aan ten grondslag moet liggen. Een van de voorwaarde is ook dat er een nationale database ingericht moet worden waarin alle patiënten-criteria ingevoerd worden.

4. Goedkeuring automatische incasso en transitiejaar 2014

De jaarrekeningen worden altijd in de voorjaarsvergadering van april gepresenteerd. Omdat de vergadering nu naar voren geschoven is naar januari, is het niet mogelijk deze jaarrekeningen nu al klaar te hebben. Vandaar dat de jaarrekeningen van 2013 in de najaarsvergadering zullen worden besproken. In de ledenvergadering van oktober heeft de vergadering ingestemd met de oprichting van de Federatie van Medisch Specialisten Nederland (FMSN). Dit heeft gevolgen voor alle specialisten omdat de oprichting van deze Federatie kosten met zich meebrengt en dus ook gevolgen zal hebben voor onze vereniging. Voor diegenen die al lid zijn van de OMS is de ontwikkeling gunstig (zij betalen minder). Indien men nog geen lid is van de OMS worden de kosten wel wat hoger. Voor het overgangsjaar waarin de OMS overgaat naar de FMSN wordt aan de 29 wetenschappelijke verenigingen een vergoeding gevraagd, dit geldt voor 2014. Vanaf 1 januari 2015 moet de FMSN volledig operationeel zijn en dan zal iedere specialist, naast de contributie voor zijn eigen vereniging, ook contributie voor de FMSN moeten gaan betalen. Inmiddels hebben de meeste wetenschappelijke verenigingen (21.000 specialisten) ingestemd met de vorming van de federatie. Voor 2014 komt het bedrag uit op € 125,-. Dit bedrag zal in mindering worden gebracht op de contributie van het lidmaatschap van de OMS. Na 2015 zullen de kosten waarschijnlijk € 440,- bedragen, maar dan wordt er geen contributie van de OMS meer geheven. Ook de LAD wordt onderdeel van deze Federatie.

Het Bestuur stelt voor over te gaan tot automatische incasso van contributie en andere activiteiten van de NVALT zoals Bronkhorst, Longartsenweek en ergometrie-cursus.

Achtergrond: tot nu toe was het vrije keuze of de contributie per automatische incasso of op rekening werd voldaan. Voor congressen en scholingen kon men zich alleen inschrijven d.m.v. een eenmalige machtiging Deze wisselende manier van betalen gaf veel extra administratief werk. Vanaf 1 februari 2014 is het werken met eenmalige machtigingen zelfs niet meer mogelijk in verband met nieuwe Europese richtlijnen.

Voor leden die ontheffing wensen voor de automatische incasso (om welke redenen dan ook) wordt de contributie per jaar verhoogd..

Iedereen krijgt voor alle activiteiten vanzelfsprekend wel een rekening, waarop vermeld wordt wanneer het bedrag geïncasseerd gaat worden en van welke rekening. Er blijft het recht bestaan om dit bedrag binnen 56 dagen terug te vorderen. De vergadering gaat akkoord met dit voorstel.

5. Formulieren medicinale Zuurstof

Sinds 2008 is door de EU zuurstof aangemerkt als een medicament. Indien zuurstof wordt aangevraagd door de medisch specialist wordt dit dus als een medicament gezien. De oude aanvraagformulieren die er waren zijn geüpdatet en er zijn 2 formulieren bijgekomen. De specialist moet één formulier invullen en faxen naar de zuurstofleverancier. De zuurstofleverancier zal een terugkoppeling (via formulier 2) aan de specialist geven wat er daadwerkelijk geplaastt gaan worden. Formulier 3 is bestemd voor de stop/ wijziging van de zuurstofleveranties. Deze formulieren zijn ook besproken in de werkgroep COPD. De vergadering heeft geen bezwaar tegen de invoering van deze formulieren. De formulieren zullen vanaf 1 maart 2014 gebruikt gaan worden.

6. Werkloosheid longartsen- toelichting B. Knipscheer

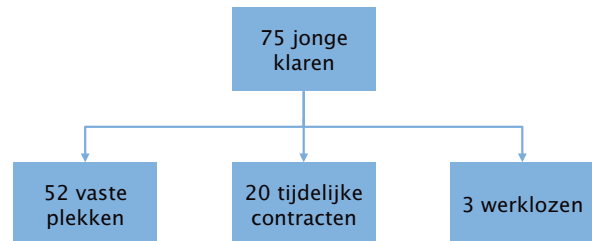
Nadat de eerste berichten over de werkloosheid via Knipscheer het Bestuur bereikten, is er een commissie opgericht om de werkloosheid in kaart te brengen en te bestrijden.

Achtergrond

- In de afgelopen jaren lijkt de arbeidsmarkt voor longartsen te verslechteren
- Het bestuur van de NVALT heeft daarom een onderzoek gedaan naar de feitelijke situatie en de verwachtingen voor de toekomst
- Deze presentatie is bedoeld om de resultaten van dit onderzoek te delen en te spreken over mogelijke oplossingen

In de afgelopen jaren vond niet iedereen een baan of een vast contract

Aantallen jonge klaren met datum afronding opleiding tussen januari 2011 tot oktober 2013



De situatie lijkt in het recente verleden verslechterd

Aantallen jonge klaren

Periode	Aantal jonge klaren	Vaste plekken	Tijdelijke plekken	Werkloos
Jan '11 / Okt '13	75	52	20	3
Okt '13 - Dec '13	12	0	5	7

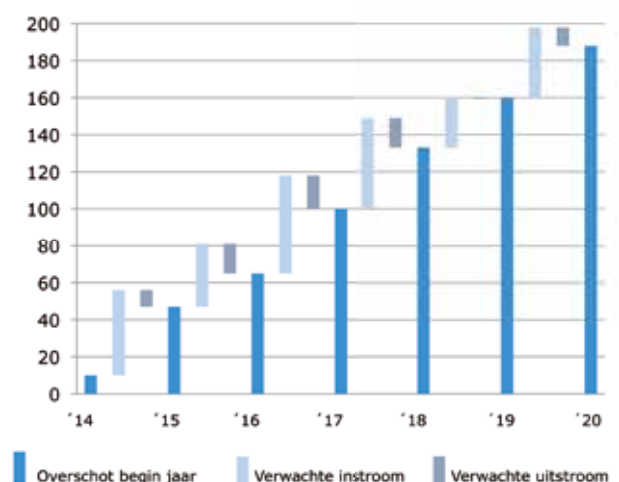
Verwachtingen voor de toekomst

Aantal gegevens op een rijtje gezet om toekomstverwachting te bepalen

- Huidige werkloosheid onder longartsen
- Verwachte uitstroom op basis van verwachte pensioneringsdata
- Verwachte instroom op basis van huidig bestand aan assistenten

Hieruit blijkt dat er in de komende jaren een fors overschot aan longartsen zal ontstaan.

Overschot longartsen begin jaar 2014 - 2020



Aantal kanttekeningen te maken

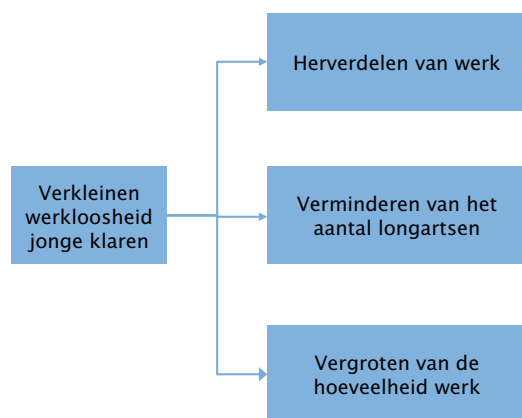
- De huidige werkloosheid is deels te wijten aan de onzekerheid over de vergoedingssystematiek
- Er is in de berekening uitgegaan van een gelijk aantal beschikbare banen
 - Oude voorspellingen gaan stevast uit van een groei van de vraag naar longartsen door vergrijzing en meer deeltijdbeschikbaarheid
 - De huidige verschuiving van werk naar huisartsen zou zelfs kunnen zorgen voor een daling van het aantal banen en daarmee voor een verdere vergroting van het overschot
- Bij een ongewijzigd aantal opleidingsplaatsen zal het overschot in de jaren na 2020 gezien de uitstroom nog veel verder oplopen

De oplopende werkloosheid heeft een grote impact

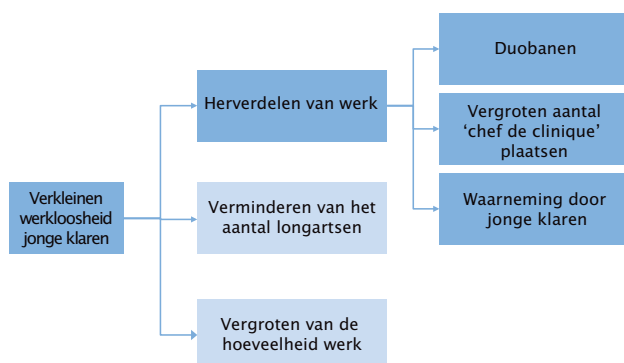
- Na drie jaar volledige werkloosheid verliest de arts zijn/haar registratie
- Grote kapitaalvernietiging bij verlies registratie
 - Kosten opleiding
 - Opleidingsuren door specialisten

Mogelijke oplossingen

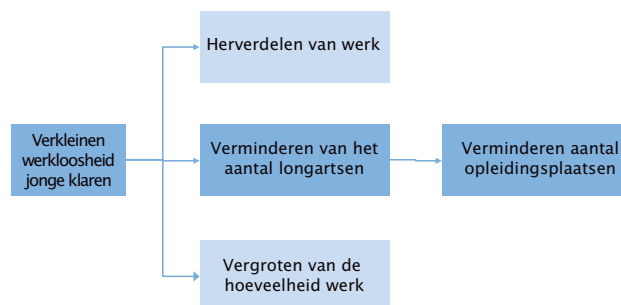
Drie oplossingsrichtingen beschikbaar...



... met verschillende denkbare maatregelen (1)



... met verschillende denkbare maatregelen (2)



... met verschillende denkbare maatregelen (3)



Volgende stappen:

Er is een commissie opgericht die gaat kijken naar mogelijke oplossingen. Alle oplossingen zijn welkom. Er zal een enquête uitgaan naar alle maatschappijen longziekten met een aantal vragen over de bezetting van de vakgroep. Verder zal er met een groot aantal mensen van de NVALT gesproken worden hoe dit verder aangepakt moet worden.

Berkovits vraagt zich af waarom de opleiding niet verlengd wordt met een soort fellowship. Heijdra geeft aan dat door alle bezuinigingen de opleidingen juist verkort worden. Djamin mist in de analyse het feit dat de overheid doelbewust heeft aangestuurd op een overschot. De overheid heeft daar ook een verantwoordelijkheid in. Pennings antwoordt dat dit ook de perceptie van het bestuur is, maar dat de Minister van mening is dat de verantwoordelijkheid niet bij de overheid ligt.

Heijdra geeft aan dat de NVALT ook dit jaar weer zal gaan voor een zo laag mogelijke instroom.

7. Financiële vergoeding voor asbestoseslachtoffers

Het verslag betreffende de vergoedingen voor asbestose vindt u verderop in deze PulmoScript.

Er zijn geen vragen of opmerkingen.

8. Concept Position paper diagnostiek en behandeling van idiopathische pulmonale fibrose

American Thoracic Society Documents

An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Statement: Idiopathic Pulmonary Fibrosis: Evidence-based Guidelines for Diagnosis and Management

Ganesh Raghu, Harold R. Collard, Jim J. Egan, Fernando J. Martinez, Juergen Behr, Kevin K. Brown, Thomas V. Colby, Jean-François Cordier, Kevin R. Flaherty, Joseph A. Lasky, David A. Lynch, Jay H. Ryu, Jeffrey J. Swigris, Athol U. Wells, Julio Ancochea, Demosthenes Bouros, Carlos Carvalho, Ulrich Costabel, Masahito Ebina, David M. Hansell, Takeshi Johkoh, Dong Soon Kim, Talmadge E. King, Jr., Yasuhiro Kondoh, Jeffrey Myers, Nestor L. Müller, Andrew G. Nicholson, Luca Richeldi, Moisés Selman, Rosalind F. Dudden, Barbara S. Griss, Shandra L. Protzko, and Holger J. Schünemann, on behalf of the ATS/ERS/JRS/ALAT Committee on Idiopathic Pulmonary Fibrosis

THIS OFFICIAL STATEMENT OF THE AMERICAN THORACIC SOCIETY (ATS), THE EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY (ERS), THE JAPANESE RESPIRATORY SOCIETY (JRS), AND THE LATIN AMERICAN THORACIC ASSOCIATION (ALAT) WAS APPROVED BY THE ATS BOARD OF DIRECTORS, NOVEMBER 2010, THE ERS EXECUTIVE COMMITTEE, SEPTEMBER 2010, THE JRS BOARD OF DIRECTORS, DECEMBER 2010, AND THE ALAT EXECUTIVE COMMITTEE, NOVEMBER 2010

THIS STATEMENT HAS BEEN FORMALLY ENDORSED BY THE SOCIETY OF THORACIC RADIOLOGY AND BY THE PULMONARY PATHOLOGY SOCIETY

Am J Respir Crit Care Med Vol 183. pp 788–824, 2011
DOI: 10.1164/rccm.2009-040GL
Internet address: www.atsjournals.org

Doel position paper

1. Het onderschrijven van de internationale richtlijn over diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met IPF, met uitzondering van enkele specifieke aanbevelingen (zie verder onder punt 3).
2. Toegankelijk maken van de internationale IPF richtlijn door het vertalen van de aanbevelingen in het Nederlands en waar nodig aanbevelingen van commentaar te voorzien gericht op de Nederlandse praktijkvoering.
3. Herzien van enkele specifieke aanbevelingen in de internationale IPF richtlijn naar aanleiding van recent verschenen literatuur. Het betreft aanbevelingen bij de uitgangsvragen:
 - Moeten patiënten met IPF behandeld worden met de combinatie van corticosteroiden, azathioprine en acetylcysteïne?
 - Moeten patiënten met IPF behandeld worden met anticoagulantia?
 - Moeten patiënten met IPF behandeld worden met pirfenidone?

Juridische en verzekeringstechnische betekenis

De status van een 'position paper' is minder duidelijk dan die van een richtlijn en kent geen vastomlijnd begrippenkader. In deze position paper wordt positie of stelling genomen ten aanzien van de huidige internationale richtlijn over diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met IPF. De internationale richtlijn vormt dan ook een integraal onderdeel van deze position paper.

Met het autoriseren van deze position paper door de NVALT wordt de huidige internationale richtlijn geautoriseerd voor de Nederlandse longartsen, inclusief een aantal adviezen die herziening behoeven naar aanleiding van recent verschenen wetenschappelijk onderzoek. Hiervoor zijn in deze position paper aangepast aanbevelingen geformuleerd. Deze aangepaste adviezen zijn in meer of mindere mate gebaseerd op expert opinion waarmee beargumenteerd en gedocumenteerd afgeweken wordt van de oorspronkelijke adviezen in de internationale richtlijn. Door dit position paper te autoriseren adopteert de NVALT deze internationale richtlijn, inclusief aanvullende/afwijkende aanbevelingen, waarmee de beroepsgroep dit document als uitgangspunt neemt bij zijn medisch handelen.

Schrijfcommissie

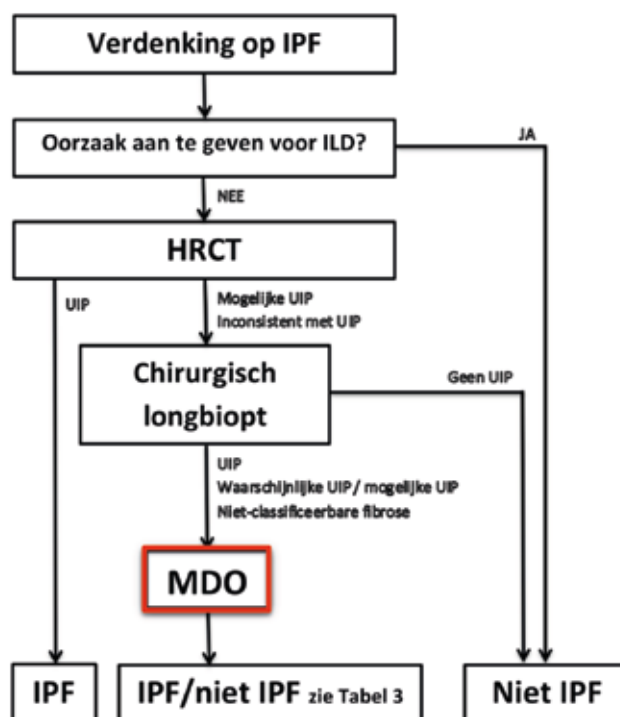
- Dr. B. van den Blink (namens de commissie richtlijnen longziekten NVALT)
- Dr. P. Bresser
- Prof. dr. J.C. Grutters (voorzitter)
- Dr. M.S. Wijsenbeek

Voor de tekst over pirfenidone

- Dr. F.H. Krouwels
- Prof. dr. H.J.M. Groen

Leescommissie

- Drs. F.T. van Beek
- Dr. K.A. Boomars
- Drs. L.H. el Bouazzaoui
- Prof. dr. M. Drent
- Drs. M. Dubbers
- Dr. P.Th.W. van Hal
- Dr. R. Janssen
- Dr. J.M. Kwakkel-van Erp
- Drs. G.J. Jonker
- Dr. R.E. Jonkers
- Dr. H. Kramer
- Dr. R.L. Mostard
- Drs. G.D. Nossent
- Drs. M.J. Overbeek
- Drs. R. van Rijswijk
- Prof. dr. F.W.J.M. Smeenk
- Dr. L.M. van den Toorn
- Dr. A. van Veen
- Dr. M. Veltkamp



Aangepaste/huidige aanbevelingen

1. Het wordt aanbevolen om bij patiënten met IPF niet te starten met de combinatie van corticosteroiden, azathioprine en acetylcysteïne (stemming: 18 voor, 0 tegen, 2 onthouding)
2. Bij patiënten met IPF die op dit moment op triple therapie staan wordt aanbevolen het effect en de bijwerkingen van de therapie kritisch te evalueren en met de patiënt de nieuwe inzichten te bespreken (stemming: 20 voor, 0 tegen, 0 onthouding)
3. Het wordt aanbevolen om patiënten met IPF niet met een endotheline receptor antagonist te behandelen voor hun longfibrose (stemming: 19 voor, 0 tegen, 1 onthouding)
4. Het wordt aanbevolen om patiënten met IPF in ieder geval niet met een coumarine te behandelen voor hun IPF (stemming: 19 voor, 0 tegen, 1 onthouding)
5. Het wordt aanbevolen om de meeste patiënten met milde tot matige IPF (na bevestiging van de diagnose 'IPF' d.m.v. multidisciplinaire bespreking in een expertisecentrum voor ILD) te behandelen met pirfenidone en na 6 maanden het effect hiervan te evalueren (eveneens in/iom een expertisecentrum voor ILD); bij patiënten met milde IPF en geen/nauwelijks klachten kan ervoor worden gekozen om pas te starten met therapie als progressie van de ziekte is vastgesteld (stemming: 16 voor, 0 tegen, 4 onthouding)
6. Het wordt aanbevolen om op het moment van de diagnose IPF voor patiënten die mogelijk kandidaat zijn voor een longtransplantatie, te overleggen met een transplantatie centrum over eventuele verwijzing (stemming: 19 voor, 0 tegen, 1 onthouding)
7. Het wordt aanbevolen om bij patiënten met respiratoir falen door IPF die op de wachtlijst staan voor longtransplantatie te overleggen met het transplantatie centrum of overbruggen naar transplantatie middels beademing of ECMO een optie zou kunnen zijn (stemming: 20 voor, 0 tegen, 0 onthouding)
8. Het wordt aanbevolen om de meerderheid van de patiënten met een acute exacerbatie IPF niet met hoge dosis corticosteroiden te behandelen, maar in de minderheid kan het een keus zijn (stemming: 16 voor, 0 tegen, 4 onthouding)

Suggesties

- Grens lymfocytose >40% te hoog ?
- Definieren: IPF-severePH [JAmColl Cardiol 2013;62:D109–16: severe PH (mPAP35mmHg or mPAP25mmHg with low cardiac index [CI<2.0 l/min/m²]) -> PH centrum ?
- Gespecialiseerde centra ipv expertisecentra

Addendum patiënten perspectief

NVALT, commissie richtlijnen longziekten NVALT
Prof. dr. J.C. Grutters, voorzitter schrijf- en leescommissie
p.a. Sint Antonius ziekenhuis
Postbus 2500
3430 EM Nieuwegein

Amersfoort, 27 januari 2014

Betreft: Position paper diagnostiek en behandeling van Idiopathische Pulmonale Fibrose

Hooggeleerde heer,

Met genoegen namen wij kennis van de inhoud van de Position paper diagnostiek en behandeling van Idiopathische Pulmonale Fibrose (IPF). Een Nederlandse vertaling van de internationale IPF-richtlijn voor deze zeldzame longziekte is een enorme stap als het gaat om goede zorg voor IPF patiënten.

H. Roseboom,
Secretaris Longfibrosepatiëntenvereniging

- Bijlage: visie op de zorg voor mensen met longfibrose/IPF door de patiëntenvereniging

vragen en opmerkingen voor ledenvergadering

- s.v.p. toelichting op
 - juridische status en verzekeringstechnische betekenis
 - stemming
 - geldigheidsduur & onderhoud
- verder
 - belang bespreken behandelwens / voor- nadelen therapie
 - hoofdstuk palliatieve zorg summier
 - evt. verwijzing richtlijn palliatieve zorg COPD ?
- en
 - "position kan niet los gezien worden van kwaliteitscriteria voor de zorg voor patiënten met zeldzame longaandoeningen zoals longfibrose"

Document 'Visie op de zorg voor mensen met longfibrose/IPF door de patiëntenvereniging'

Voor longfibrosepatiënten is deskundigheid van zorgverleners één van de belangrijkste aspecten van de door hen benodigde zorg. Toch worden zij als gevolg van

de zeldzaamheid van hun ziekte vaak geconfronteerd met onvoldoende kennis over en ervaring met longfibrose bij eerste- en tweedelijns zorgverleners. Er is daarom bij patiënten een sterke behoefte aan de vorming van gespecialiseerde expertise- en behandelcentra voor longfibrose. Zorgverleners moeten durven erkennen als zij niet over de juiste expertise beschikken en een patiënt tijdig doorverwijzen naar een gespecialiseerd centrum, waar deze expertise wel beschikbaar is.

De voorzitter dankt de Heer Grutters. Afgesproken is om de positionpaper nogmaals aan alle leden rond te sturen. Men kan dan nog 2 weken reageren. Vervolgens zal het binnengekomen commentaar verwerkt worden. Indien daar geen zwaarwegende kritieken uit voort komen zal de positionpaper geaccordeerd worden.

9. De kandidaat-leden worden voorgesteld.

Er zijn afmeldingen binnengekomen van v.d. Sloot, Dursen, Valkenburg, Gijtenbeek, Gerritsen.

De voorzitter **sluit** de vergadering om 15.30 uur

VvAwT-studiedagen

Op 9 en 10 januari jl. werden de Studiedagen van de Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding (VvAwT) gehouden.

Een welkomstwoord werd gegeven door Gerard de Vries, hoofd van het regiokantoor Nederland en Europa, KNCV tuberculosebestrijding. Gerard bracht ons goed en minder goed nieuws. Wereldwijd overleden er in 2012 1,3 miljoen van de 8,6 miljoen mensen met TBC. Er wordt geschat dat bij 1/3 van de tuberculosepatiënten de diagnose niet gesteld wordt. Het goede nieuws is dat de mortaliteit in 20 jaar tijd is gehalveerd. En voor het eerst in 50 jaar zijn twee nieuwe middelen geregistreerd, Bedaquiline en Delamanide.

Hierna besprak Annelies Verbon, Internist infectioloog van het Erasmus MC te Rotterdam, de TBC/HIV-richtlijn. Er zijn in Nederland 16.000 HIV positieve patiënten, naar schatting loopt nog ongeveer 50% rond zonder diagnose. Het relatief risico op tuberculose is 10% bij patiënten met een latente tuberculose-infectie. Ook bij een hoger aantal CD4-cellen is het risico toegenomen. Bij elke (nieuwe) HIV-patiënt wordt dan ook diagnostiek naar een LTBI, middels mantoux en IGRA, aangeraden. De kliniek van een HIV-positieve TBC-patiënt varieert met het aantal CD4-cellen. Hoe lager het aantal, hoe minder typisch het beeld. Vaker gaat het dan ook om een extrapulmonale vorm.

Verder werd gesproken over het testen op HIV bij nieuw gediagnosticeerde TBC patiënten. De incidentie van HIV de novo bij deze patiënten is al jaren 4%. Mede omdat het behandelbeleid is veranderd, wordt geadviseerd om iedere patiënt bij aanvang van de tuberculostatische therapie te testen op

HIV. Bij een snelle start van retrovirale therapie neemt, vooral bij patiënten met een CD4 <50, de mortaliteit en AIDS-definiërende ziektes af. Nadeel hiervan is wel dat bij een pulmonale tuberculose, de kans op TB-IRIS toeneemt.

Dit jaar waren er veel tbc-coördinatoren aanwezig. Zij presenteerden casuïstiek, tezamen met de tuberculose consulenten uit de sanatoria. Christine Korteweg, longarts van het Medisch Centrum Haaglanden, bracht een casus van een patiënt afkomstig uit Sierra Leone met een miliair longbeeld. De diagnose tuberculose was moeilijk te bevestigen. Er werd gesproken over de diagnostische mogelijkheden en opbrengst van de verschillende onderzoeken. En over de ontstane complicaties tijdens de behandeling van deze patiënt.

Cecile Magis, longarts van het Tuberculose centrum Dekkerswald, ging in op vragen uit het veld met betrekking tot dialyse en tuberculostatica. Belangrijkste punten; Rifampicine en Isoniazide kunnen gewoon dagelijks gegeven worden, deze worden niet door de nier uitgescheiden. Pyrazinamide en Ethambutol worden in aangepast schema (3x per week, na dialyse) gegeven. In overleg met de consulent kan de dosering van de medicatie na spiegelbepalingen aangepast worden. Rob van Hest, arts-tuberculosebestrijding GGD Rotterdam-Rijnmond, bracht een literatuurupdate over 2013. De Interferon Gamma Release Assay (IGRA) kreeg in 2013 veel aandacht; er blijkt een onverwacht grote variatie bij periodiek testen met spontane reversies en conversies rond het afkappunt. Hierover kunt u meer lezen in het artikel van Metcalfe (*Test variability of the QuantiFERON-TB gold in-tube assay in clinical practice*, Am J Respir Crit Care Med. 2013 Jan

15;187(2):206-11)

Christiaan Meek, longarts in het Ikazia ziekenhuis te Rotterdam, bracht een casus van een patiënt met een halskliertuberculose bij wie een paradoxale reactie optrad. We werden bijgepraat over dit fenomeen, dat kan optreden bij tuberculostatische therapie. Take home message; check resistentie, spiegels en compliance en blijf altijd alert op een andere diagnose. Wiel de Lange, longarts Tuberculosecentrum Beatrixoord, gaf een presentatie over M. bovis BCG-itis. M. bovis BCG wordt gebruikt bij de blaasspoelingen voor oppervlakkige vormen van blaaskanker. Er werd uitleg gegeven over het ontstaan van BCG-itis, de verschillende gradaties en behandeladviezen.

Marleen Bakker, longarts in het Erasmus MC en coördinator van de Masterclass Tuberculose, gaf een update over de optimale screeningsstrategie voor patiënten die in aanmerking komen voor anti-TNF α behandeling. Dit was de 'Nieuwe Patiënt' van 2013 en dat zal deze in 2014 zeker nog blijven. Het blijft voor de longarts een uitdaging om de juiste diagnostiek te verrichten en daarmee de patiënt te identificeren die een profylaxe behandeling nodig heeft. Gerard de Vries sprak ons hierna bij over de richtlijn 'Screeningsbeleid Ziekenhuismedewerkers'. Een studie uit de jaren 90 liet zien dat 40% van de gezondheidsmedewerkers met TBC waren besmet op de werkvloer. Het huidige advies voor screening maakt onderscheid in hoog- en laagrisico ziekenhuizen. In ziekenhuizen met meer dan 5 (long)tuberculose patiënten per jaar, wordt geadviseerd personeel periodiek te screenen. Marjo van de Ven, longarts van het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem, bracht een casus zoals we die wel vaker zien. Een ex-asielzoeker met 'oude' afwijkingen op de thoraxfoto en een onduidelijke

behandeling in het land van herkomst. Er werd gesproken over de te verrichten diagnostiek, gediscussieerd over het vaststellen van actieve ziekte en de behandeling van deze 'oude' afwijkingen. Martin Boeree, longarts Tuberculosecentrum Dekkerswald, sloot de dag af met een presentatie over de diagnostiek van de niet-tuberculeuze mycobacterie. Zie daarvoor ook de 'ATS guideline on NTM'.

Op vrijdag stonden o.a. presentaties van artsen tuberculosebestrijding op het programma.

Peter Kouw, arts-tuberculosebestrijding van GGD Amsterdam gaf een presentatie over sputuminductie. Hij refereerde hierbij aan een studie uit de jaren '90, verricht door GGD Amsterdam. Hieruit werd geconcludeerd dat sputuminductie

meer positieve kweken oplevert en tot meer ZN-positieve indexpatiënten leidt dan spontaan opgegeven sputum. Dit alles werd geconcludeerd in een tijd dat we nog geen gebruik konden maken van de PCR...

Sytze Keizer, arts-tuberculosebestrijding eveneens van GGD Amsterdam, praatte ons bij over fibrotische afwijkingen. Het handboek 'TBC bestrijding in Nederland' schrijft over deze bevinding. Bij fibrotische stigmata op de thoraxfoto kan een steriliserende behandeling worden overwogen (4HR). Een steriliserende behandeling van fibrotische afwijkingen heeft meestal de voorkeur boven fotocontrole. Eventueel kan er een volledige tuberculostatische behandeling gegeven worden.

Martin Boeree gaf een mooie update over uveitis tuberculosa. Dit

ziektebeeld geeft zeer gevarieerde presentaties en de diagnostiek is lastig. Uitgebreide informatie over deze vorm van tuberculose is te vinden in het NtvG (*Diagnose en behandeling uveitis*, Jan A.M. van Laar et al. Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:A5703). Andrea Drost gaf, namens de KNCV, een theoretische benadering van de implementatie van richtlijnen. Het middagprogramma werd gevuld met workshops over bron- en contactonderzoek, over richtlijnimplementatie en communicatie.

Mede door de door TBC-coördinatoren ingebrachte casuïstiek, zijn de VvAwT studiedagen weer een leuk en leerzaam samenzijn geweest.

Nathalie Stadhouders



Annelies Verbon
(internist-infectioloog EMC)



Christiaan Meek (longarts Ikazia)



Jonge klaren over de grens

Het zal inmiddels niemand ontgaan zijn dat het voor huidige jonge klaren lastig is om een baan als longarts te vinden. Gelukkig is er momenteel volop aandacht voor deze situatie en jonge klaren doen zelf hun uiterste best om aan de slag te gaan. Pjotr Even en Ruud Segers besloten hun blik te verruimen en kozen voor een (tijdelijke) baan in het buitenland.

Na afronding van zijn opleiding op 1 november 2013 bleek het voor Pjotr bijzonder lastig te zijn om ergens aan de slag te kunnen. Toen hij in januari 2014 het aanbod kreeg om op Curaçao te gaan werken als longarts, greep hij deze kans dan ook met beide handen aan. Per 1 februari startte zijn Caribische avontuur! Als waarnemend longarts werkt hij dagelijks van 8.00 tot 17.00 uur. Ook is er een arts-assistent werkzaam op de afdeling longziekten. Samen met twee andere

longartsen is hij verantwoordelijk voor de diensten. 's Avonds en 's nachts is er een arts-assistent interne geneeskunde die de voorwacht verzorgt en mede hierdoor zijn de diensten goed te doen. Door het beperkte aantal longartsen heeft Pjotr wel elke 3 weken een hele week dienst.

Hoewel de werkzaamheden in grote lijnen overeenkomen met die in Nederland, zijn er natuurlijk ook verschillen. Niet alle medicatie die wij in Nederland voorschrijven is beschikbaar en medicijnen mogen maar voor één maand voorgeschreven worden vanwege schaarste. Voor bepaalde onderzoeken (bijvoorbeeld een PET-scan) en sommige behandelingen (bijvoorbeeld radiotherapie) moeten patiënten uitwijken naar andere landen zoals Colombia. Op de verpleegafdeling wordt er onderscheid gemaakt op

basis van verzekering en mannen en vrouwen worden apart verpleegd. Pjotr vertelt dat de sfeer in het ziekenhuis goed is, iedereen is behulpzaam en aardig en dit maakt het werken natuurlijk extra aangenaam. Tevens is het prettige klimaat op Curaçao een mooie bonus! Elke dag zonnig weer en na het werk een verfrissende duik in het zwembad of in zee!

Ruud Segers besloot na zijn opleiding tot longarts zich verder te specialiseren tot intensivist en mag zich sinds het najaar van 2013 longarts-intensivist noemen. Ondanks het feit dat hij hiermee meer mogelijkheden had op de arbeidsmarkt, lukte het niet om direct een baan te vinden. Toen de kans zich voordeed om een periode te gaan waarnemen op Aruba was het besluit dan ook snel genomen. Ruud is voor een periode van één maand gaan werken als waarnemend intensivist





en is inmiddels weer even terug in Nederland. Hij geeft aan dat de zorg op de intensive care vergelijkbaar is met een level 2 IC in Nederland. Er heerst een fijne werksfeer en hij heeft leuke collega's. Het goede weer op Aruba was ook voor Ruud een pluspunt en hij heeft in zijn vrije tijd zijn Open Water PADI gehaald.

Pjotr en Ruud geven beiden aan dat er niet al teveel 'regelwerk' aan te pas is gekomen om te gaan werken op één van de ABC eilanden. De eilanden maken immers deel uit van

het Nederlandse Koninkrijk. Bovendien kregen zij hulp van hun toekomstige werkgever, ook voor praktische zaken zoals huisvesting.

Het waarnemen op Aruba is Ruud dusdanig goed bevallen dat hij over enkele maanden terug gaat om opnieuw te werken op de IC aldaar. Momenteel is hij in Roermond aan het waarnemen als intensivist en verwachten hij en zijn vrouw binnenkort hun eerste kindje. Daarna hopen ze met z'n drietjes terug te gaan naar Aruba en overwegen ze om

wellicht voor langere tijd te blijven.

Pjotr kreeg kort na zijn aanstelling op Curaçao te horen dat hij voor een jaar aan de slag kan als longarts in Antwerpen. Ondanks dat het goed bevalt op Curaçao gaat hij toch liever wat dichterbij huis aan de slag, dus per 1 april 2014 gaat zijn nieuwe buitenlandse avontuur van start in België!

Bettine Vosse,
namens het assistentenbestuur

Medisch Spectrum Twente

Hallo collegae,

Wij zijn de AIOS longziekten in het Medisch Spectrum Twente (MST). Deze maand mogen wij onze opleiding in de kijker zetten. Het MST is in 1990 ontstaan uit 2 ziekenhuizen (Stadsmaten en Ziekenzorg), dicht bij elkaar gelegen in het centrum van Enschede. De twee locaties zijn toen verbonden middels een 700 meter



lange brug. Op dit moment staat er een nieuw ziekenhuis in de steigers. In 2016 zal dit nieuwe ziekenhuis in gebruik genomen worden. Meer dan 30 longartsen zijn sinds 1974 in Enschede opgeleid. Zij zijn in veel verschillende plaatsen terecht gekomen tot op Aruba en in Suriname.

Uiteraard is er in de loop der jaren veel veranderd. De laatste jaren zijn we actief bezig geweest met verbetering van de opleiding. Naar aanleiding van

de visitatie in januari dit jaar werd het lokaal opleidingsplan nog eens onder de loep genomen en werden verbeteringen conform de nieuwe eisen verder doorgevoerd.

De opleiding in het MST is leuk! Er zijn dagelijks onderwijsmomenten. Iedere dag starten we de dag met röntgenonderwijs en/of een 'tien-minuten-praatje'. De onderwerpen in dit laatste onderwijsmoment vallen binnen de opleidingsthema's. Iedere maand is er een ander thema. Er zijn regelmatig regionale onderwijsmomenten (waaronder het Rijsserbergsymposium (oncologie) en een Interstitiële avond met professor Grutters). Alle AIOS doen naast de verplichte stages een onco-stage, een slaap-stage en een tuberculose-stage. Daarnaast is er ruimte voor wetenschappelijk onderzoek, verdieping in slaaperelateerde aandoeningen, COPD, astma, longfunctie en/of oncologie. Tijdens de longopleiding hebben we onze eigen poliklinische patiënten. Ook hebben we iedere week we ons eigen behandelkamerprogramma. Er is meer dan voldoende aanbod om goed te leren bronchoscopiëren en er is mogelijkheid om ervaring op te doen met EUS en EBUS.

Op dit moment zijn er 10 AIOS, waarvan 3 in vooropleiding. Daarnaast zijn er 4 ANIOS, 1 of 2 coassistenten en een wisselend aantal technische geneeskunde studenten. De maatschap longziekten bestaat uit 8 longartsen en één longfysioloog. Hugo Schouwink is onze opleider. Hij doet dit sinds kort samen met Ilonka van Veen. Er is veel expertise in de groep met voortrekkers op het gebied van slaap, NIV, oncologie, astma en COPD, longfunctie en tuberculose. Er is een intensieve samenwerking met de universiteit van Twente. Studenten Technische Geneeskunde, (medische) psychologie en Biomedische Technologie participeren in ons onderzoeksprogramma en komen dikwijls met innovatieve ideeën.

Enschede is een leuke stad om te wonen en te werken. We hebben weinig last van filevorming op de wegen. Woonruimte is betaalbaar en mogelijk op mooie locaties in de stad. Een tuin (voor de liefhebbers) behoort zeker tot de mogelijkheden! In de stad drinken we regelmatig een biertje op het marktplein. Er zijn uitgaansmogelijkheden te over. De stad organiseert regelmatig festivals, er is veel aandacht voor muziek en andere kunstuitingen. Daarnaast



Foto: Trebbe/Dura Vermeer/rTe Pas Bouw.

heeft Enschede en omgeving ook veel te bieden aan sportliefhebbers. Ieder jaar wordt hier een marathon georganiseerd. En niet te vergeten eindigt de Batavierenrace op de campus van de Universiteit van Twente (UT). De tukkers hier zijn trots op hun voetbalclub FC Twente, dus ook voetballiefhebbers kunnen hier hun (voetbal-)hart ophalen (je kunt bij een wedstrijd ook zomaar onze opleider tegen het lijf kunt lopen). Veel van de AIOS in het MST houden enorm van wielrennen. Superleuk, omdat je dan meteen kan genieten van de mooie, landelijke omgeving.

Wij kijken uit naar de komst van het nieuwe ziekenhuis. Het belooft een nieuwe en inspirerende omgeving te worden voor patiënten en voor degenen die er mogen werken. Patiënten krijgen er allemaal een eenpersoonskamer. En onze afdeling komt eindelijk naast die van de cardiologie te liggen en dichterbij de buurt van de Interne Geneeskunde. Nu moeten we nog steeds een hele afstand overbruggen om patiënten met gecombineerde problematiek te verzorgen. Wij verheugen ons op deze intensievere samenwerking.

Good goan,
De AIOS longziekten MST Enschede





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

Niels Patberg

Geboren Groningen, 1973

Opleidingskliniek AMC

Huidige kliniek Isala klinieken

Waarom koos je destijds voor de studie geneeskunde?

Toentertijd was het mijn plan om een groot gedeelte van mijn tijd basaal onderzoek te gaan doen; het was mijn ambitie om een eigen lab te leiden. Naar mijn idee was/is het makkelijker om als medisch specialist voldoende onderzoeksgeld bij elkaar te schrijven dan als bioloog of andersoortig wetenschapper. Uiteindelijk heeft de kliniek me gegrepen en heb ik voor een fulltime klinische baan gekozen.

Waarom koos je uiteindelijk specifiek voor de specialisatie longziekten?

Na mijn promotie in basale cardiale electrofysiologie ben ik eerst begonnen aan de opleiding tot

cardioloog. Tijdens mijn vooropleiding besepte ik dat het vak van longarts veel meer in zich had dan de cardiologie mij kon bieden. De combinatie van fysiologie, immunologie, oncologie, infectieziekten, longspecifieke aandoeningen en een snel groeiend subspecialisme interventiepulmonologie maakt ons vak tot het mooiste orgaanspecialisme.

Wat is je aandachtsgebied en waarom?

Mijn aandachtsgebieden zijn chronische hoest, astma en slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen. Mijn speciale interesse voor de hoest komt voort uit mijn interesse in ionkanalen (vanuit mijn promotietijd). Het onderzoek naar hoest heeft zich in de laatste jaren steeds meer geconcentreerd op de rol van ionkanalen zoals TRPV1 en TRPA1 als hoestreceptoren. De promiscuïteit van deze receptoren, die geactiveerd worden door eigenlijk alle hoest uitlokkende prikkels die we kennen, maakt ze tot een aantrekkelijk doel voor het ontwikkelen van een farmacologische interventie. Helaas blijkt dat laatste in de praktijk tot nu toe teleurstellend lastig.

Ben je actief binnen de NVALT?

Binnen de NVALT ben ik nog niet zo heel actief. Wel ben ik recent lid geworden van een aantal werkgroepen maar ik oriënteer mij nog op wat voor rol ik wil gaan innemen en binnen welke structuur. Misschien dat ik me eerst wil gaan bezighouden met richtlijnen voor de behandeling van chronische hoest – ik weet dat daar een commissie voor is, maar misschien dat men nog een extra lid kan gebruiken.

Tijden veranderen. Waar verlang je naar terug?

Ik zit nog niet zo lang in het vak dat ik terug kan verlangen naar vroeger,

maar de overregulering van alles wat we doen begint uit de hand te lopen. Het wordt tijd dat het pendulum weer wat terugzwaait. De kosten, de tijd en het verlies aan werkvreugde die geassocieerd zijn met alle nieuwe procedurele hoepels waar we door moeten springen lijken niet meer in verhouding te staan tot de winst die er mee behaald wordt (als dat überhaupt al geëvalueerd wordt, als daar überhaupt al de juiste tools voor bestaan...).

Wat zijn je ambities?

Ik ben nu een jaar werkzaam als longarts in de Isala en heb hier goed mijn draai gevonden. De komende jaren ben ik van plan een klinische researchlijn op te zetten en zou het leuk vinden om uiteindelijk af en toe een promovendus te begeleiden. Ook lijkt het me leuk om t.z.t. het opleiderschap voor een periode op me te nemen.

Wat zijn je dagdromen?

Dagen van 30 uur.

Als je ongehinderd door budget onderzoek zou kunnen doen, waarnaar zou je dat doen?

Dat laat zich raden: ontwikkelen van fenotype-specifieke hoestbehandelingen.

Neem je je werk mee naar huis?

Op doordeweekse avonden is het wel eens lastig om alles van je af te zetten. In het weekend daarentegen ben ik de laatste tijd echter verbazingwekkend weinig met de winkel bezig. Op zaterdagochtend is het ziekenhuis opeens ver weg.

Hoe ontspan je je?

Als het binnenkort weer lang genoeg licht is vind ik het heerlijk om 's avonds nog even te gaan kajakken op de IJssel. Verder zijn alle beslommingen die horen bij het buiten wonen meestal buitengewoon ontspannend.

Als je geen arts was geworden, wat was je beroep dan geweest?

Kapitein op een sleepboot.

Wat was de belangrijkste verandering gedurende je loopbaan?

Mijn switch van de cardiologie naar de longziekten is cruciaal geweest. Ik denk niet dat ik anders elke dag fluitend naar mijn werk was gefietst.

Wat is de grootste uitdaging in je werk?

Ik vind het nu nog lastig om voldoende tijd te vinden om op een dagelijkse basis bewust bezig te zijn met de opleiding. Als jonge klare zijn er erg veel nieuwe dingen die op je afkomen en dan schiet de tijd nemen voor de opleiding er

wel eens bij in. Uiteraard is er de dagelijkse supervisie, maar echt even gaan zitten voor een gesprek over voortgang komt vaak op het laatste plan. Ik probeer me hier tegen te wapenen door maandelijks lijstjes bij te houden waarop staat met welke assistent ik die maand al een evaluatie/briefbeoordeling o.i.d. heb doorgenomen. Anders kom je er na 3 maanden te vaak achter dat het er weer een poosje bij ingeschoten is.

In welk ander land zou je willen leven en werken?

Voor mijn promotie heb ik bijna 5 jaar in New York gewoond en ik vond het daar heerlijk. Ik zou zonder veel moeite weer in the north-east van de VS kunnen aarden - wel zou ik nu wat noordelijker willen

terechtkomen, Maine of New Hampshire misschien.

Als je uit eten kon met een bekend persoon, wie zou je dan kiezen?

Woody Allen: een avond met hem lijkt me de beste garantie voor een avond vol bijzondere standpunten en geweldige humor.

Aan wie mogen wij de volgende keer vragen stellen?

Wim Boersma: een man met een tomeloze energie. Voor de assistenten altijd en overal voor te benaderen, maar ook iemand die laat zien dat je met voldoende inzet ook vanuit een druk perifeer ziekenhuis een mooie onderzoekslijn kan opzetten. Ik ben benieuwd naar wat hem stimuleert.

"Klaar" Frank Visser

In deze rubriek worden NVALT-leden, die hun functie recent hebben neergelegd, geïnterviewd.



Wat heb je gedaan op je eerste vrije dag?

Ik ben iets langer in bed gebleven: om acht uur ben ik opgestaan. Ik ben met een vriend gaan schaatsen in het Triavium in Nijmegen. Vervolgens heb ik nieuwe schaatsen gekocht (klapschaatsen), waarmee ik hoop iets sneller te kunnen schaatsen. Maar de snelle jongens op de binnenbaan moet ik helaas vaak voorbij laten gaan.

Daarna heb ik een artikel in PC-Active gelezen over Arduino, een minicomputer waarmee o.a. robots aangestuurd kunnen worden. Ik werd hier enthousiast over en heb de introductiekit aangeschaft. Inmiddels ben ik begonnen met het leren van de daarvoor bestemde computertaal.

Verder heb ik heerlijk genoten van een spannende TV-serie met mijn vrouw Marian en mijn toen nog thuiswonende dochter Eline.

Niet alleen mijn eerste vrije dag was fijn, ook van de andere dagen heb ik genoten. Ik snap nu al niet meer, hoe ik ooit tijd heb gevonden om te werken.

Wat is volgens jou een goed moment om te promoveren: aan het begin of aan het eind van de carrière?

Zelf ben ik op het eind van mijn carrière gepromoveerd. Het zou opportuun zijn om te antwoorden dat dat het juiste moment was. Het voordeel is dat je zelf het onderwerp kiest over een vraag die je zelf beantwoord wil hebben. In mijn geval had ik de illusie dat er met inspiratoire longfunctieparameters nog veel te winnen zou zijn. Deze illusie hebben wij ontrafeld en Sunil Ramlal maakt dat werk verder af. Vroeg promoveren heeft natuurlijk voordelen, zeker indien je blijft onderzoeken en publiceren. Of het belangrijk is voor het functioneren als longarts? Ik denk van niet.

Waar ben je het meest trots op in je carrière?

Eigenlijk op vier dingen. Ten eerste, het voorzitterschap van een NVALT commissie die een classificatie van diagnoses heeft vastgesteld en geïmplementeerd in een NVALT-programma in 1997. Het was een elektronisch medisch dossier waarmee wij van 1997 tot 2011 hebben gewerkt. Dat programma, gebaseerd op een consensus met alle poortspecialismen, diende als gidsapplicatie binnen de OMS. Ik vind het nog steeds jammer dat onze koepel (OMS) deze consensus niet heeft opgepakt, en niet veel later met

het DBC-systeem kwam. Dit systeem stond haaks op de principes waar wij voor stonden: met name maar één keer moeten classificeren, zowel voor de diagnose op ons niveau als voor de diagnoses die nodig zijn voor betaling, correspondentie met collega's, machtigingen, etc.

Ten tweede ben ik er trots op dat ik een hypothese wetenschappelijk heb mogen en kunnen ontrafelen. Dit mondde in 2012 uit in het proefschrift 'Spirometry in patients with COPD: Focus on expiratory and inspiratory parameters'.

Ten derde ben ik er trots op dat ik in contact ben gekomen met Motivational Interviewing (MI). Dit is een evidence based manier om invloed uit te kunnen oefenen over het gedrag van patiënten. Denk hierbij aan stoppen met roken, trouw in medicatiegebruik, conditioneren, maar ook al de eigen houding tijdens het afnemen van anamnese en onderzoek. Eigenlijk zou deze houding en techniek moeten prevaleren boven het volgen van starre richtlijnen en afwerken van allerlei checklists en vragenlijstjes. Dan is het focus niet meer op de persoon van de patiënt gericht door storende gedachten als 'ben ik niets vergeten?' of 'ben ik wel voldoende juridisch ingedekt?'. Niet alleen voor de patiënt is MI een verbetering, je windt jezelf ook veel minder op als je goedbedoelde advies niet opgevolgd wordt. Bovenal verdiepte het mijn contact met patiënten. Ten vierde ben ik trots op het Tele-COPD-project.

Zie je toekomst in Tele-COPD?

Ik zie zeker toekomst in teleMedicine waar tele-COPD deel vanuit zou kunnen maken. Ook hier zijn het vooral losse initiatieven, en zo moeten

we denk ik ook beginnen, maar uiteindelijk moet het een coherent geheel worden met meer ziekten dan COPD alleen. Immers veel van onze ziekten hebben te maken met gedrag zoals roken, te dik worden en te weinig bewegen. Er zal dan ook veel overlap bestaan in de behandelingen van ziekten die dit soort kenmerken gezamenlijk dragen. Ook het hebben van één portaal voor patiënten die vaak meer dan alleen COPD hebben wordt dan mogelijk. Maar ik vrees dat nog veel water door de Waal (en andere Nederlandse wateren) zal vloeien voordat dit doel bereikt wordt.

Wat zul je gaan missen aan je werk, en wat niet?

In de eerste plaats mis ik mijn contact met patiënten, collega's, verpleegkundigen, en de medewerkers van de behandelkamer, de longfunctie en poli – met hen allemaal heb ik veel plezier gehad. Ik heb 31 jaar fijn kunnen samenwerken en veel mooie en verdrietige dingen meegemaakt. Ook het aanwezig zijn in diverse werkgroepen en commissies van de NVALT zoals concilium, slaapstoornissen en longfunctie zal ik missen. Wat ik niet ga missen is het geworstel met het elektronisch

medische dossier van ons ziekenhuis (Mirador). Het leidt je af van de zorg voor de patiënt en het geeft veel dubbel werk. Een EPD moet het leven van de dokter makkelijker maken, maar ik voelde me de slaaf van het systeem in plaats van andersom. Ik heb grote twijfels of Epic -de opvolger van Mirador in ons ziekenhuis- wel de heilige Graal zal worden, maar dat hoeft ik gelukkig niet meer mee te maken.



Twee voor de prijs van één



De verwachte werkloosheid onder jonge longartsen is een probleem van ons allemaal. Tijdens de ledenvergadering lichtte Barbara Knipscheer namens de commissie Werkloosheid een aantal potentiële oplossingen toe, die moeten voorkomen dat jonge klaren hun registratie verliezen. Een voor de hand liggende maatregel is, om tijdelijke functies niet meer in te laten vullen door collega's die met pensioen zijn gegaan. Een optie die minder voor de hand ligt, is om nieuwe vacatures in te laten vullen door een duo. Naar aanleiding van deze suggestie interviewde Kris Mooren een succesvol longartsenduo uit Apeldoorn: Ellen Cobben (r) en Juliette Rooijmans (l).

Zij begonnen als duo tijdens hun opleiding. Juliette kreeg drie kinderen tijdens haar opleiding in het Catharina ziekenhuis en ging parttime werken. Ellen begon in 1996 met de opleiding en werd na korte tijd zwanger van haar tweede kind. Harm Gooszen, toenmalig longarts in het Catharina ziekenhuis, kwam met het idee van de duobaan-constructie. Hij was hierin volgens Juliette en Ellen vooruitstrevend, mogelijk voortgekomen uit het feit dat hij zelf drie dochters had, van wie eentje geneeskunde studeerde. Tijdens de opleiding hebben ze ruim twee jaar zo gewerkt, naar tevredenheid van iedereen. Het laatste jaar van de opleiding werkten ze weer fulltime.

Inmiddels hadden ze het grote voordeel van een duobaan ontdekt: dat je niemand hoeft te belasten met jouw taken, wanneer je er niet bent. Daarom

hadden beiden de wens om parttime te gaan werken in een maatschap. Aangezien dat nog ongebruikelijk was en de meeste vacatures een fulltime longarts betrof, besloten ze om samen één sollicitatiebrief te schrijven met daarbij twee c.v.'s. Achteraf hoorden ze dat de maatschap longziekten in Gelre Ziekenhuizen hen alleen maar uitgenodigd had uit nieuwsgierigheid: ze werden niet direct beschouwd als een serieuze kandidaat. Na het sollicitatiegesprek nam Marius Möllers contact op met hun opleider Frank Smeenk, die zei: "Je bent gek als je ze niet neemt, want je krijgt er twee voor de prijs van één!"

Ze zien poliklinisch hun eigen patiënten, maar nemen voor elkaar waar op de dagen dat de ander afwezig is (ze zien dan patiënten van de ander die met spoed gezien moeten worden). Patiënten zijn op de hoogte van de duobaan en weten dat ze altijd terecht kunnen bij één van beiden. Op de vraag, welke eigenschappen je moet je hebben om geschikt te zijn voor een duobaan, vertellen Juliette en Ellen dat het een voordeel is als je een zelfde arbeidsethos hebt: ze zijn allebei heel consciëntieus en zorgen voor een goede overdracht. Het feit dat ze in hetzelfde ziekenhuis zijn opgeleid draagt bij aan eenheid in de besluitvorming. Ze willen jonge collega's, die een duobaan overwegen, ook aanraden om een duo te vormen alvorens te gaan solliciteren: 'Als een fulltime longarts gevraagd wordt, zal een maatschap niet zomaar twee parttimers aannemen. Maar als je van tevoren een goed samenwerkend duo

vormt, en je komt met een goed plan, dan kunnen er vele voordelen zijn.' Ze zien duobanen overigens niet als de ultieme oplossing voor het banentekort, 'hiervoor zijn aan de basis structurele oplossingen nodig'.

Geen van beiden zou ooit weer terugwillen naar een volledige functie. 'Deze manier van werken heeft vele voordelen. Het geeft tijd en ruimte voor je gezin en extra activiteiten binnen en buiten het werk.'

En hoe bevalt het de rest van de maatschap?

Collega Marius Möllers: "Het werken met twee 0.5 fte collega's, die samen 1 fte invullen, is heel plezierig op de manier zoals Ellen en Juliette dat doen. Ze leveren graag goed werk af en waarborgen continuïteit voor patiënten en collega's. Ze overleggen regelmatig met elkaar. Het vroeg wel wat van hun organisatorisch vermogen om zowel werk als privé goed te regelen, maar ze hadden er vooraf zorgvuldig over nagedacht hoe dat te doen. Ze kenden elkaar goed en hadden overeenkomstige ideeën over deeltijdwerken. Destijds was het een nieuwe gedachte om een volledige functie in tweeën te delen. De zittende maten moesten wennen aan het idee, maar we hadden er het volste vertrouwen in omdat zij al met praktische oplossingen aankwamen. Dat vertrouwen is door de jaren heen terecht gebleken: We hebben twee fantastische collega's met inmiddels verschillende aandachtsgebieden, die hun 1 fte inhoudelijk heel groot hebben gemaakt."



Samenvatting proefschrift Gerrina Ruiter

IRON DEFICIENCY IN PULMONARY HYPERTENSION: FROM OBSERVATION TO INTERVENTION

17 januari 2014, Vrije Universiteit,
VU Medisch Centrum, Amsterdam

Promotor: Prof. Dr. A. Vonk
Noordegraaf

Copromotoren: dr. W.L. van der
Laarse, Dr. F.S. Handoko-de Man

Pulmonale hypertensie (PH) wordt gekarakteriseerd door een hoge bloeddruk in de longcirculatie. Als gevolg hiervan ontstaat er rechterventrikel hypertrofie en in een later stadium rechterhartfalen. De huidige therapie is gericht op het verlagen van de pulmonale druk. Hoewel progressie van de ziekte daarmee vaak vertraagd kan worden, is volledige genezing voor veel patiënten tot op heden niet mogelijk en overlijden PH patiënten ten gevolge van rechterhartfalen.

Vanwege de ernst van de ziekte en het uitblijven van curatieve behandelopties, wordt er momenteel veel aandacht geschonken aan onderzoek om de hartfunctie te verbeteren, de kwaliteit van leven te vergroten en het inspanningsvermogen te vergroten.

In dit perspectief is er interesse ontstaan voor de rol van ijzer in PH. Het bleek namelijk dat na het geven van een ijzerinfuus aan ijzerdeficiënte patiënten met linkerhartfalen (door een andere oorzaak dan

PH), de kwaliteit van leven en het inspanningsvermogen toenamen. Of ijzerdeficiëntie ook een rol speelde in rechterhartfalen en PH, was echter onbekend. Het doel van dit proefschrift was om de prevalentie en gevolgen van ijzerdeficiëntie in PH te onderzoeken.

Uit de eerste studies bleek ijzerdeficiëntie inderdaad frequent voor te komen in de PH populatie: 43% van de patiënten met idiopathische pulmonale arteriële hypertensie (IPAH) was ijzerdeficiënt en 46% van de patiënten met systemische sclerose-geassocieerde PH (SSc-PH). Hoewel de patiënten met en zonder ijzerdeficiëntie vergelijkbare hemodynamische parameters lieten zien, hadden de ijzerdeficiënte patiënten een slechtere uitkomst bij de zes-minuten looptest. In patiënten met SSc-PH werd tevens gevonden dat ijzerdeficiëntie was geassocieerd met een slechtere overleving. Het geven van de standaard therapie met orale ijzertabletten in de ijzerdeficiënte IPAH patiënten had geen effect in bijna de helft van de behandelde patiënten.

Naar aanleiding van deze resultaten werd een nieuwe studie gestart waarbij ijzerdeficiënte IPAH patiënten werden behandeld met een hoge dosis intraveneus ijzer. Twaalf weken na het ijzerinfuus hadden alle patiënten normale ijzerwaarden in het bloed. Daarbij konden ze significant langer

inspannen op een submaximaal niveau en duurde het langer voordat er spierverzuuring optrad, zonder verandering van de hartfunctie in rust. Ook de kwaliteit van leven was verbeterd na ijzer toediening. Tenslotte bleek uit kleine biopsies van de quadriceps spier van de patiënten, dat de zuurstoftoevoer en -verbruik in de quadriceps spier waren verbeterd na het ijzerinfuus.



Concluderend laat dit proefschrift zien dat ijzerdeficiëntie vaak voorkomt bij patiënten met PH en is geassocieerd met een verminderde inspanningscapaciteit en slechtere overleving. Behandeling met een hoge dosis intraveneus ijzer verbetert het uithoudingsvermogen, hetgeen gerelateerd is aan verbeterde zuurstofhuishouding in de skeletspieren.

Email: g.ruiter@vumc.nl

ASBESTOSE IN BEELD

Financiële tegemoetkoming/schadevergoeding voor asbestosepatiënten

Per 1 april 2014 kunnen mensen, die door hun werk intensief en langdurig aan asbest zijn blootgesteld, en daardoor de ziekte asbestose hebben gekregen, onder bepaalde voorwaarden in aanmerking komen voor een financiële tegemoetkoming. Het gaat om € 19.201,- van de overheid of om een schadevergoeding van de werkgever indien sprake is van aansprakelijkheid. Op dit moment kunnen alleen mesotheliompatiënten hier aanspraak op maken. Voor tegemoetkoming en schadevergoeding kan de patiënt terecht bij het Instituut Asbestslachtoffers (IAS) dat in 1999 is opgericht door het Comité Asbestslachtoffers, werkgevers- en werknemersorganisaties, het Verbond van Verzekeraars en de overheid. De tegemoetkoming zal voor asbestose even hoog zijn als voor mesothelioom. De werkgever betaalt bij aanvaarding van de aansprakelijkheid een basis-schadevergoeding van respectievelijk € 22.311,-, € 40.663,- of € 59.014,-, afhankelijk van de ernst van het longfunctieverlies.

Protocol diagnostiek asbestose 2014

Basis voor de totstandkoming van deze uitbreiding was het Protocol Asbestose van de Gezondheidsraad uit 1999. Vervolgens heeft een expertgroep van de NVALT dit protocol geactualiseerd. De groep bestond uit de leden van de Mesotheliomenwerkgroep in samenwerking met Paul Bresser (voorzitter werkgroep interstitiële longziekten), Jan Grutters (hoogleraar interstitiële longziekten) en Jos Rooijackers (expert beroepsgebonden longziekten/IRAS-NKAL). Het herziene protocol is door de overheid als bijlage gepubliceerd bij de vernieuwde Regeling tegemoetkoming asbestslachtoffers 2014 (TAS). Bovendien is de deskundigen vormen het Nederlands Asbestose Panel (NAP) dat de medische beoordelingen voor het IAS zal verrichten.

Het protocol vanuit medisch oogpunt

Asbestose is een zeldzame aandoening, gekenmerkt door een longfibrose als gevolg van asbestblootstelling. Voor de diagnose bestaat geen 'gouden standaard'. De Gezondheidsraad heeft in 1999 drie pijlers gedefinieerd waarop volgens haar de diagnose berust: de aanwezigheid van asbestexpositie, van longfibrose en longfunctieverlies. Hieronder staat beschreven hoe relevante asbestexpositie wordt gedefinieerd in het kader van het protocol. De aanwezigheid van longfibrose kan zowel radiologisch als patholoog-anatomisch worden aangetoond. Het minimale longfunctieverlies dat aanwezig moet zijn om voor een vergoeding in aanmerking te komen is in de tabel hieronder te lezen.



Het beoordelingsteam zal deze strikte criteria moeten respecteren bij de beoordeling van de aanmeldingen. Daarbij dient zij te beoordelen of een longfunctieverlies het gevolg is van de longfibrose. De regeling is natuurlijk niet bedoeld voor patiënten met een beperking op basis van een pneumonectomie of een ernstig bulleus emfyseem met enige fibrotische strengen en asbestexpositie.

Wie komt in aanmerking

In aanmerking komen patiënten met longfibrose die beroepsmatig langdurig en intensief aan asbest zijn blootgesteld. Tussen het begin van de blootstelling en het moment waarop de diagnose longfibrose door de behandelend arts is gesteld, verstrijkt in de praktijk tenminste 15 jaar. Verder moet sprake zijn van longfunctieverlies klasse 2, 3 of 4 volgens de normen van de American Medical Association (AMA) en beschreven in hun "Guides to the evaluation of permanent impairment", 6de editie, 2008 (zie hieronder).

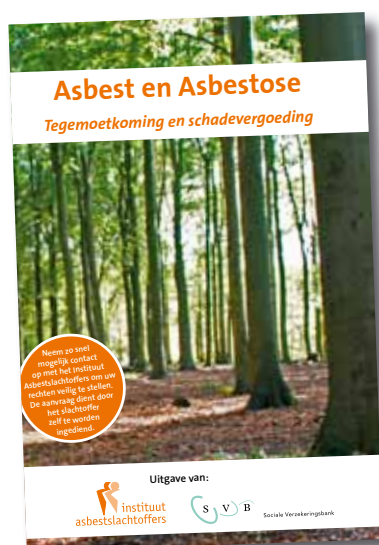
Klasse	0	1	2	3	4
FVC (%)	≥ 80	70-79	60-69	50-59	< 50
DLCO(%)	≥ 75	65-74	55-64	45-54	< 45
VO2max (ml/kg/min)	>25	22-25	21-18	15-17	<15

Longarts een belangrijke schakel

De patiënt moet de tegemoetkoming zelf aanvragen. De longarts speelt hierbij echter wel een belangrijke rol. Hij is meestal de eerste die de patiënt kan wijzen op de mogelijkheid van een tegemoetkoming en schadevergoeding via het IAS. Hij kan wijzen op de noodzaak van het invullen van een medische machtiging en hij kan ervoor zorgen dat relevant materiaal van de patiënt ter beoordeling aan het Nederlands Asbestose Panel (NAP) wordt voorgelegd.

Snelle behandeling aanvragen

IAS en Sociale Verzekeringsbank (SVB) streven er naar de aanvragen zo snel mogelijk af te ronden. Doel is binnen twee maanden de tegemoetkoming als voorschot te verstrekken en een eventuele schadevergoeding van de werkgever binnen zes maanden.



Geen kosten voor de patiënt en gratis voorlichtingsmateriaal

Voor het slachtoffer is de dienstverlening van het IAS gratis, als aan de volledige procedure wordt meegewerkt. Het IAS heeft een folder uitgegeven waarin de procedure beknopt en op eenvoudige wijze wordt uitgelegd.

Deze is als volgt te bestellen:
per email secrias@ias.nl
of telefonisch

070-3499754. Op de website www.asbestslachtoffers.nl is meer informatie te vinden.

Alle longartsen en longartsen in opleiding ontvangen daarnaast op persoonlijke titel een exemplaar van deze folder per post rond 1 april.

Wij vertrouwen er op dat u allen, net als bij de aanvragen voor de mesotheliompatiënten, ook hier uw gewaardeerde medewerking wilt verlenen.

Simone Aarendonk – Senior beleidsmedewerker Instituut Asbestslachtoffers

Sjaak Burgers - Longarts, voorzitter mesotheliomenwerkgroep en coördinator Nederlands Asbestose Panel 020-5122958 s.burgers@nki.nl

Hoe werkt de aanvraag van een tegemoetkoming

- De asbestosepatiënt meldt zich zelf of via zijn contactpersoon aan bij het IAS: per e-mail via www.ias.nl, telefonisch (079-7507150) of met de antwoordkaart uit de folder.
- Na ontvangst van getekend aanvraagformulier en medische machtiging neemt de medisch adviseur van het IAS contact op met de behandelend longarts ter verkrijging van de relevante informatie vanuit het medisch dossier en de radiologie-, pathologie- en longfunctieonderzoeken van betrokkene.
- Het IAS onderzoekt of sprake is van intensieve, langdurige asbestblootstelling als werknemer of anderszins beroepsmatig. Daarbij wordt onder andere gebruikgemaakt de Risicomatrix van het protocol asbestziekten: asbestose van de Gezondheidsraad (1999). De matrix bepaalt hoeveel jaar bepaalde werkzaamheden moeten zijn verricht of gewerkt moet zijn in een bepaald beroep om de blootstellingsdrempel voor asbestose te overschrijden.
- Het IAS levert het klinisch materiaal zoveel als mogelijk digitaal aan het Nederlands Asbestose Panel (NAP) samen met de conclusie van het arbeidshistorisch onderzoek of wel/geen sprake van intensieve/langdurige asbestblootstelling als werknemer of anderszins beroepsmatig.
- Aanvragen waarbij het IAS intensieve, langdurige asbestblootstelling heeft bevestigd, worden voor medische beoordeling aan vijf panelleden van het NAP voorgelegd.
- De panelleden beoordelen onafhankelijk van elkaar of de asbestose de meest waarschijnlijke oorzaak is van de longfunctiebeperking en hoe groot het longfunctieverlies is.
- Het NAP streeft ernaar de beoordeling binnen drie weken na ontvangst van het klinisch materiaal af te ronden. Het secretariaat is gevestigd in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Afdeling Thoracale Oncologie.
- In geval van relevante asbestblootstelling die leidt tot functieverlies klasse 2, 3 of 4 (AMA) adviseert het IAS de Sociale Verzekeringsbank (SVB) een voorschot/ tegemoetkoming via de Regeling TAS of TNS van € 19.201,--(niveau 2014) toe te kennen.
- Indien sprake is van functieverlies klasse 3 of 4 betaalt de (ex-)werkgever bij aanvaarding van aansprakelijkheid een schadevergoeding (basis) van respectievelijk € 40.663,-- of € 59.014,-- ,
- Indien de behandelend longarts een aanzienlijke verslechtering van de longfunctie constateert, die naar verwachting leidt tot indeling in een hogere AMA-klasse, kan de aanvrager een verzoek indienen voor herbeoordeling.



De NRS Roadmap: een blik op het heden en de toekomst van longonderzoek in Nederland

Het NRS bestuur:

*Prof. dr. Dirkje S. Postma (voorzitter, UMCG),
Dr. Peter J. Wijkstra (vice-voorzitter, UMCG),
Prof. dr. Pieter S. Hiemstra (secretaris, LUMC),
prof. dr. Peter J. Sterk (penningmeester, AMC),
Dr. Anne-Marie C. Dingemans (lid; UMC Maastricht),
Prof. dr. C. Kors van der Ent (lid; UMCU),
Prof. dr. Jan Grutters (lid; St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein & UMCU),
Prof. dr. Wim Timens (lid; UMCG),
Dr. Mirjam Kool (lid namens het Young Investigator Bestuur; Erasmus MC),
Dr. Marij Stukart (wetenschappelijk secretaris NRS Roadmap; onderzoek- en adviesbureau MOAB488)*

Longziekten hebben een enorme impact op het leven en welzijn van een groot deel van de Nederlandse bevolking. Ook de economische en maatschappelijke gevolgen van longziekten zijn zeer substantieel. Het boek "Longziekten feiten en cijfers 2013", recent gepubliceerd door de Long Alliantie Nederland (LAN), geeft een uitstekend overzicht van de ziektelast, zorgkosten en maatschappelijke en economische gevolgen van tien longziekten in Nederland. Het Nederlandse wetenschappelijk onderzoek naar longziekten staat internationaal zeer goed bekend, en wordt uitgevoerd door een breed scala aan onderzoekers met een diverse achtergrond. Omdat een landelijk platform voor al die onderzoekers ontbrak, is in 2009 het Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband (Netherlands

Respiratory Society; NRS) opgericht. Dit werd mede mogelijk gemaakt door steun van de NVALT en het Longfonds (toen nog Astmafonds geheten), die essentieel was voor de succesvolle start van de NRS. Inmiddels wordt de NRS door vele stakeholders in Nederland gezien als de landelijke research organisatie op het gebied van respiratoire aandoeningen. De NRS stelt zich tot doel om een optimale interactie tussen onderzoekers vanuit diverse disciplines te bewerkstelligen, zorg te dragen voor een uitstekende training van onderzoekers en bij te dragen aan pleitbezorging voor het beschikbaar komen van financiële middelen voor respiratoir onderzoek. De NRS tracht deze doelen te realiseren door symposia te organiseren, en samen met andere partners patiëntgebonden, zorg- en basaal onderzoek naar longziekten

centraal te stellen in de Longdagen (www.longdagen.nl) die sinds 2012 worden georganiseerd. Het succes van dit gemeenschappelijk initiatief van de NRS, NVALT en Longfonds blijkt uit de meer dan 600 bezoekers aan de Longdagen (professionals en publiek). Daarnaast organiseert de NRS jaarlijks in november de NRS Young Investigator Meeting waar internationale toponderzoekers niet alleen hun onderzoek presenteren, maar ook bijdragen aan de ontwikkeling van algemene onderzoeksvaardigheden van jonge onderzoekers in workshops. Deze wetenschapsdag wordt georganiseerd door jonge onderzoekers zelf, en de voorzitter van het Young Investigators Bestuur participeert tevens in het bestuur van de NRS. Verder dragen ook NRS reisbeurzen bij aan de ontwikkeling van jonge onderzoekers in Nederland, en ondersteunt de NRS symposia die georganiseerd worden door onderzoekers en nu al op jaarlijkse basis plaatsvinden. Tenslotte onderhoudt de NRS nauwe contacten met andere organisaties die actief zijn op het terrein van wetenschappelijk onderzoek: niet alleen de NVALT en Longfonds als partners van het eerste uur, maar ook b.v. LAN, andere organisaties voor zorgprofessionals, wetenschappelijke verenigingen, ZonMw en de farmaceutische industrie. De NRS website (www.nrs-science.nl) is de plaats waar al deze activiteiten samen komen.

De NRS Roadmap: achtergrond en doelstellingen

Waarom nu een NRS Roadmap voor wetenschappelijk onderzoek naar respiratoire aandoeningen? Met een NRS research Roadmap worden mogelijkheden voor onderzoek beschreven op basis van een sterkte-zwakke analyse van het Nederlands respiratoir onderzoek. Met deze beschrijving kan de Roadmap een bijdrage leveren aan de versterking van het wetenschappelijk onderzoek in Nederland, en aan een toename van de werving van financiële middelen om dit onderzoek mogelijk te maken. Dat laatste is noodzakelijk, ook vanwege de geconstateerde onderbedeling van het respiratoir onderzoek in Nederland en in Europa. Dat is onterecht omdat wetenschappelijk onderzoek een fundamentele bijdrage levert aan de preventie en behandeling van longziekten, en daarmee aan de kwaliteit van leven. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de verbeterde behandeling van astma (in Nederland ook via het in 1993 afgesloten Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek [SGO]), het toegenomen succes van longtransplantaties, en de ontwikkeling in de behandeling van cystic fibrosis. De onlangs gepubliceerde ERS Roadmap (www.ersroadmap.org) diende mede als inspiratiebron voor de NRS Roadmap, maar heeft een andere, meer algemene opzet.

Wat wil de NRS met de Roadmap bereiken? De doelstellingen van de Roadmap vloeien voort uit de doelstellingen van de NRS, en zijn de volgende:

- Het identificeren van mogelijkheden voor onderzoek in Nederland op basis van een sterkte-zwakke analyse, een zogenaamde SWOT-analyse (**S**trengths, **W**eaknesses, **O**pportunities and **T**hreats);
- Het versterken van de onderlinge coherentie in het onderzoek;
- Het bijdragen aan een interactie tussen verschillende

onderzoeksvelden (binnen en buiten het longonderzoek) met nieuw gemeenschappelijk onderzoek als resultaat;

- Het bieden van een framework voor een research agenda die wordt ondersteund door stakeholders zoals ZonMw, Longfonds, NVALT, LAN en andere professionele en maatschappelijke organisaties;
- Het beter zichtbaar maken van het longonderzoek in Horizon 2020 (samen met andere onderzoeksorganisaties zoals de ERS);
- Het vergroten van het maatschappelijk bewustzijn t.a.v. het belang en de noodzaak van onderzoek dat bijdraagt aan het voorkomen en een betere behandeling van longziekten;
- Het aantrekkelijk maken van longonderzoek voor jonge getalenteerde onderzoekers door het bieden van perspectieven.

De NRS verwacht dat de Roadmap op lange en middellange termijn bijdraagt aan het beschikbaar komen van middelen voor een nationaal respiratoir onderzoeksprogramma door de Nederlandse overheid in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen, collectebusfondsen, patiëntenverenigingen, industrie en zorgverzekeraars. Ook stelt de NRS zich tot doel om door middel van de Roadmap binnen 10 jaar bij te dragen aan de ontwikkeling van 5 nieuwe inzichten of behandelingsmogelijkheden voor longziekten.

Werkwijze

De NRS Roadmap moet landelijk gedragen zijn door alle stakeholders in Nederland. Daarom is een brede betrokkenheid van klinische en basale onderzoekers essentieel in de voorbereiding, en is een uitgebreide consultatie van verwante organisaties in de volgende fasen van het samenstellen van de Roadmap nodig. Met het oog op dit draagvlak is het

ook belangrijk op te merken dat de Roadmap zich niet gaat richten op uitsluiting of expliciete aanbevelingen om bepaalde deelgebieden van onderzoek wel of niet te stimuleren. Als eerste stap in het samenstellen van de Roadmap werd al het respiratoir onderzoek in Nederland verdeeld in 12 deelgebieden: allergie, astma, BPD/PCD, COPD, cystic fibrosis, infectieziekten, interstitiële longziekten, intensive care, longkanker, longtransplantatie, pulmonale hypertensie en slaapapneu. Vervolgens werd een online SWOT-analyse opgesteld die door NRS leden en niet-NRS leden op de NRS website kon worden ingevuld. De verdeling van de deelgebieden in deze online SWOT-analyse was nog op een aantal kleine punten verschillend van de bovengenoemde (uiteindelijke) indeling. Daarnaast werden twaalf Roadmap teams samengesteld voor de twaalf deelgebieden, bestaande uit 3-5 leden, senior en junior, afkomstig van de universiteiten en academische en niet-academische ziekenhuizen. Deze teams kregen als taak om een inventarisatie te maken van het Nederlands onderzoek op dat deelgebied van de afgelopen vijf jaar (inclusief een citatie analyse), te beschrijven wat er nodig is om het onderzoek verder te laten ontwikkelen, raakvlakken te beschrijven met andere deelgebieden, en ten slotte onderzoeksprioriteiten (inclusief wat er nodig is om dat te bereiken) op te stellen, en de wensen van de patiënt te beschrijven. Daarnaast werd aan 3-5 internationale experts hun mening gevraagd over de verschillende deelgebieden. Dit alles is samengevat in een twaalfdelig rapporten.

De inhoud van deze rapporten is inmiddels besproken met verschillende stakeholders, en de NRS is met steun van Dr. Marij Stukart (Onderzoek- en adviesbureau MOAB⁴⁸⁸) begonnen met het opstellen van het finale NRS Roadmap document. De eerste resultaten van de analyses zullen worden gepresenteerd tijdens de Algemene Ledenvergadering van

de NRS tijdens de Longdagen 2014, en daarna zal de concept Roadmap worden besproken tijdens een laatste gemeenschappelijke consultatieronde met de stakeholders. Vervolgens zal de Roadmap in het najaar worden gepresenteerd en gepubliceerd. Hierbij richten we ons op professionals, patiënten en publiek.

Tenslotte

Het ontwikkelen van de Roadmap voor longonderzoek heeft tot doel om het onderzoeksveld te versterken, en niet om bepaalde delen van onderzoek uit te sluiten. De gekozen aanpak heeft gaandeweg de huidige vorm gekregen, maar is uiteraard in deze fase nog niet volmaakt. Een gedegen, wetenschappelijke aanpak van de citatie en publicatie analyse was door financiële beperkingen nog niet

mogelijk. Ook heeft het centraal stellen van twaalf ziektegebieden beperkingen: bepaalde ziektegebieden vallen hierdoor buiten de boot, terwijl ook het niet-ziektegebonden onderzoek nog niet optimaal naar voren komt in de analyses. Onderzoek naar bijvoorbeeld longontwikkeling en longherstel, fysiologie van de ademhaling en respiratoire immunologie en celbiologie zijn daardoor nog onderbelicht, terwijl er op deze terreinen wel degelijk veel en kwalitatief hoogstaande onderzoeksactiviteit is in Nederland. Uiteraard zal aan deze tekortkomingen aandacht worden besteed in de publicatie en presentatie van de Roadmap.

Het NRS bestuur verwacht dat met de Roadmap een belangrijke en breed gedragen bijdrage wordt geleverd aan het klimaat voor en de kwaliteit van

respiratoir onderzoek in Nederland. Inmiddels is het eerste doel van de Roadmap al bereikt. De gezamenlijke bespreking van sterktes en kansen van respiratoir onderzoek in Nederland tussen onderzoekers, klinici en vertegenwoordigers van verenigingen en organisaties (zoals o.a. NVALT, Longfonds, Nederlandse Vereniging voor Epidemiologie, CAHAG, SKL en Santeon) en bedrijven, heeft er toe geleid dat gedachtenvorming en uitwisseling van ideeën plaatsvindt over de toekomst van respiratoir onderzoek in Nederland. Het ontwikkelproces van de Roadmap heeft veel gezamenlijke ideeën opgeleverd voor veel strategischer opereren op het gebied van respiratoir onderzoek. Dat is pure winst!

Pieter Hiemstra



Long Alliantie Nederland start Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten

Eerste eenduidige inhalatieprotocollen gereed

Onlangs is het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten officieel van start gegaan en zijn de eerste tien eenduidige landelijke inhalatieprotocollen gelanceerd in kader van het programma. De protocollen zijn te vinden op www.inhalatorgebruik.nl. In het actieprogramma werken alle partijen in de zorg, zoals patiëntenverenigingen, beroepsgroepen, zorgverzekeraars, onderzoekers en bedrijven samen om de longzorg te verbeteren en doelmatiger te maken.

De Long Alliantie Nederland (LAN) heeft, in het kader van het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten (NACL), het initiatief genomen om de 'landelijke infrastructuur eenduidige inhalatie-instructie' te ontwikkelen. Hierin worden onder andere eenduidige inhalatieprotocollen, patiëntenvoorlichtingsmaterialen en scholingen ontwikkeld rondom inhalatiemedicatie. Ontwikkeling vindt plaats door een brede werkgroep,

bestaande uit onder meer het Longfonds, beroepsgroepen betrokken bij inhalatie (zoals de (kinder)longarts, huisarts, (kinder)longverpleegkundige, praktijkondersteuner, praktijkverpleegkundige, apotheker en longfunctie-analist) en bedrijven. De eerste inhalatieprotocollen zijn al beschikbaar via www.inhalatorgebruik.nl. Ook zijn er instructiefilms voor zorgverleners en patiënten.

1 miljoen longpatiënten

Voor ongeveer één miljoen mensen met een chronische longziekte is inhalatiemedicatie een belangrijk onderdeel van de behandeling. Juist inhaleren is belangrijk, maar gaat vaak mis. Vaak gebruiken zorgverleners verschillende inhalatietechnieken, wat kan zorgen voor verwarring bij de patiënt. Eenduidige landelijke inhalatieprotocollen en instructie door alle beroepsbeoefenaren in het longenveld is een belangrijk instrument om de effectiviteit van inhalatiemedicatie te verhogen en daarmee de ziektelast te verlagen.

Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten

Het NACL is een landelijk programma waarbij voor het eerst alle partijen die betrokken zijn bij de zorg van longpatiënten, zoals beroepsgroepen, patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars en bedrijven samenwerken om de zorg voor longpatiënten te verbeteren. Het programma ging officieel van start tijdens de invitational conference van de LAN op 10 januari 2014. Er worden naast activiteiten van de LAN, projecten of onderwerpen aangedragen die de doelstellingen van het programma ondersteunen. Guusje ter Horst, voorzitter van de LAN: "De samenwerking is uniek. We kunnen onze krachten bundelen om de aanpak van longziekten in Nederland echt anders in te richten. We streven naar betere preventie en zorg, meer doelmatigheid en meer longpatiënten aan het werk." De inhalatieprotocollen zijn ontwikkeld in nauwe samenwerking met Stichting Inhalatie Medicatie Instructie School (IMIS), Kwaliteitskring NODE (namens

de branchevereniging van apothekers (KNMP), de Tjongerschans (namens de V&VN Longverpleegkundigen). De wetenschappelijke onderbouwing is verzorgd door de afdeling Farmaceutische Technologie en

Biofarmacie van de Rijksuniversiteit Groningen. Het project is mede mogelijk gemaakt door zorgverzekeraar Coöperatie VGZ, die innovatieve zorginitiatieven ondersteunt. De ontwikkeling van

de website www.inhalatorgebruik.nl is oorspronkelijk een initiatief van AstraZeneca, Boehringer Ingelheim en GlaxoSmithKline geweest. Zij hebben als lidorganisaties van de LAN de website overgedragen aan de LAN.



Het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten ging officieel van start tijdens de invitational conference van de Longalliantie.

Kort verslag van de ILD masterclass: 'IPF: diagnostiek en management', 12 en 13 december 2013, Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede.

Vanwege het succes van 2012 werd ook in 2013 de ILD masterclass "IPF: diagnostiek en management" gegeven in Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede. Met een groep enthousiaste longartsen begonnen we met wat lekkere broodjes en een voorstelrondeje.



Daarna begonnen de lessen al goed met een zeer interessante presentatie van Prof. Dr. Johnny Verschakelen, hoogleraar radiologie aan de Katholieke Universiteit Leuven. Eigenlijk konden we geen genoeg krijgen van al zijn kennis over CT-beoordelingen van interstitiële longziekten. Gelukkig dat we dan ook later op de dag nog eens van zijn kennis konden genieten toen hij ons tijdens een workshop liet meedenken over HRCT's en hun huidige rol in het management van ILD. Bij een goede beoordeling is een histologisch biopt tegenwoordig vaak niet meer nodig. Vervolgens leerde Prof. Marjolein Drent, hoofd ILD team Ziekenhuis Gelderse Vallei, ons hoe we de

kwaliteit van leven bij patiënten met IPF zouden kunnen verbeteren door bijvoorbeeld een OSAS te behandelen of door ze een goed revalidatieprogramma aan te bieden. Bij de workshop onder leiding van Dr. Ries Schouten, microbioloog in de Gelderse Vallei, werd de rol van infecties en eventuele vaccinaties voorafgaand aan een behandeling met biologicals besproken. Ook hier was ruimte voor praktische vragen uit de kliniek.

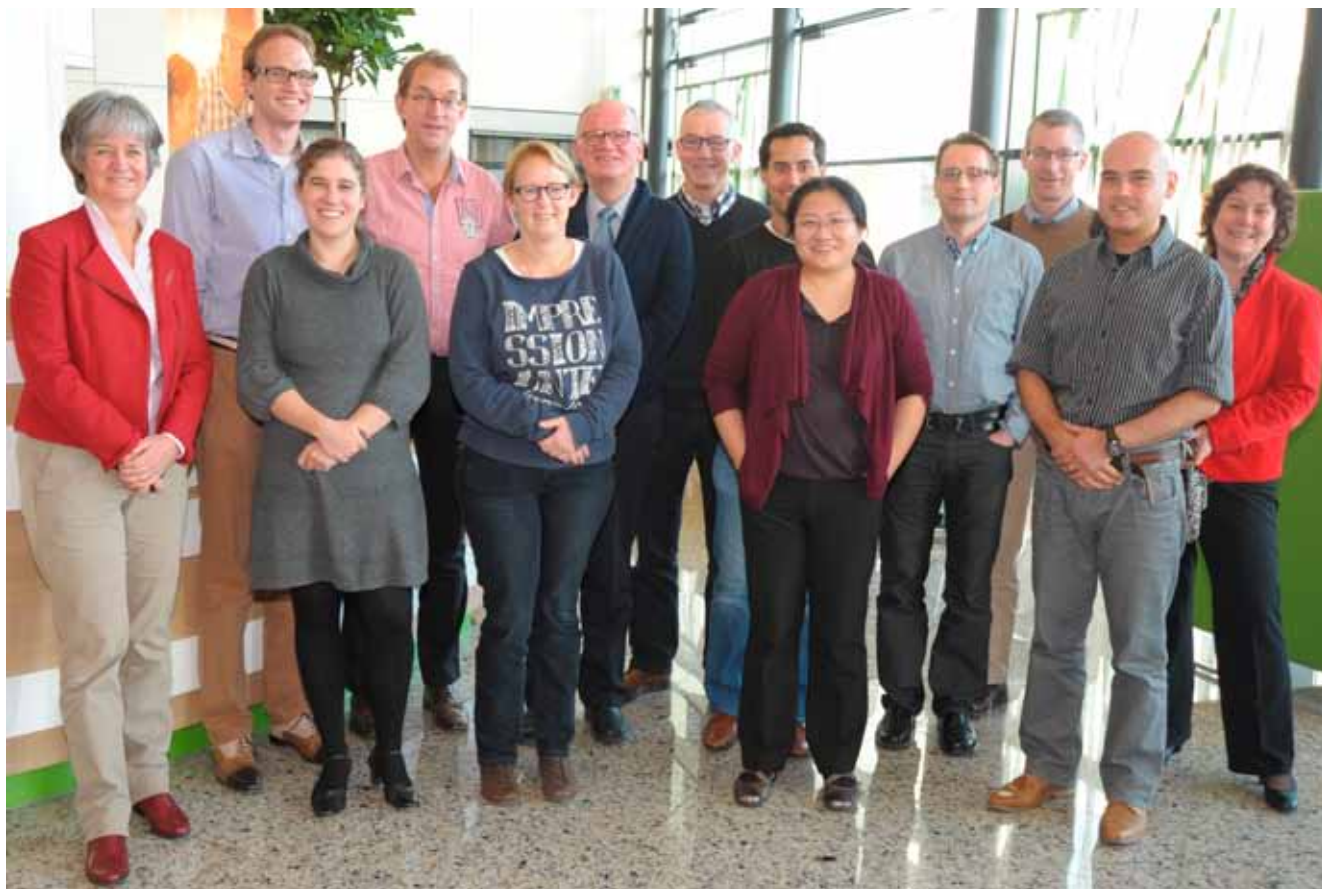
De volgende dag begonnen we weer fris met een uiteenzetting over geneesmiddelen en voeding en hun effect op longfibrose door Prof. Aalt Bast, hoogleraar toxicologie aan de

Universiteit Maastricht. Aan het eind van de ochtend konden we daar tijdens een workshop nog iets dieper op ingaan.

Daarna bracht Dr. Marlies Wijsenbeek, longarts in het ILD-team van het Erasmus MC Rotterdam, ons up to date over de ontwikkelingen en het praktisch gebruik van het middel Pirfenidone voor de patiënten met IPF. Maar omdat dit Pirfenidone de fibrose niet ongedaan zal maken, blijft een longtransplantatie de enige echte therapeutische optie bij deze aandoening. Om te weten welke patiënten wanneer voor een longtransplantatie in aanmerking zouden komen, werd ons nog eens helder uitgelegd door Dr. Erik Verschuren, immunoloog en lid van het longtransplantatieteam UMC Groningen.

Na de lunch werd casuïstiek, ingebracht door de deelnemers, besproken. Hieruit bleek dat er nog veel discussiepunten in de dagelijkse praktijk zijn t.a.v. interstitiële





longaandoeningen, hun diagnostiek en behandeling. Gezien de kleine groep deelnemers en het interactieve karakter van de masterclass, konden laagdrempelig vragen worden gesteld en werd het ook een zeer praktische cursus. Uiteindelijk bleek wel weer

dat een multidisciplinaire benadering onmisbaar is bij deze complexe patiëntencategorie.

Hopelijk vindt deze masterclass volgend jaar weer plaats en dan kan ik deze u allen van harte aanraden!

Marjolijn van der Schoot, longarts,
Groene Hart Ziekenhuis, Gouda
marjolijn_van_der_schoot@hotmail.com

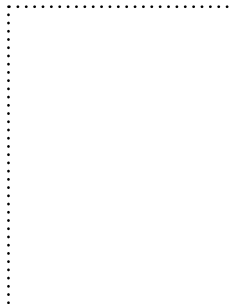
Kandidaat-leden



Bram van den Borst,
(aios, Maastricht Universitair
Medisch Centrum, Maastricht)



Anita Brouns
(aios Atrium Medisch
Centrum, Heerlen)



Safiye Dursun
(aios, Catharina Ziekenhuis,
Eindhoven)



Zabihullah Fanyar
(aios, Amphia Ziekenhuis,
Breda)



Melanie Gutteling-van der Heijden
(aios, Onze Lieve Vrouwe
Gasthuis, Amsterdam)



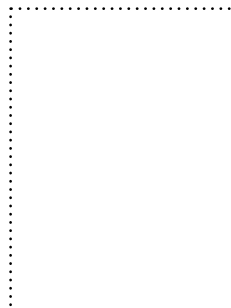
Jon van Harten
(aios, Erasmus MC,
Rotterdam)



Pauline van Hirtum
(aios, Atrium Medisch
Centrum, Heerlen)



Hanneke Kievit
(aios, Medisch Spectrum
Twente, Enschede)



Chantal Koops-Luik
(aios, Universitair Medisch
Centrum Groningen,
Groningen)



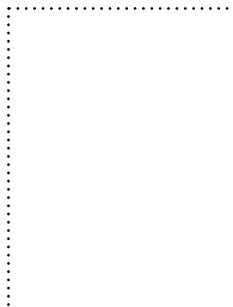
Eva Lamboo
(aios, Medisch Centrum
Alkmaar, Alkmaar)



Guido Reijnen
(aios, Ziekenhuis Rijnstate,
Arnhem)



Lisette Romme
(aios, Catharina Ziekenhuis,
Eindhoven)



Karlijn Schulkes
(aios, Universitair Medisch
Centrum Utrecht, Utrecht)



Leonard Seghers
(aios, Erasmus MC,
Rotterdam)



Ellen Siebring-van Olst
(aios, VU Medisch Centrum,
Amsterdam)

Nieuw benoemde longartsen

Noud Berkelmans Atrium Medisch Centrum, Heerlen

Roline de Boer Laurentius Ziekenhuis Roermond

Katrien Greefhorst Bronovo Ziekenhuis, 's-Gravenhage

Bob Groot St. Elisabeth Ziekenhuis, Willemstad Curaçao

Wouter de Jong Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede

Hans Kemming Centrum voor thuisbeademing, Utrecht

Dennis van Leeuwen Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

Bennie Reitsma Antonius Ziekenhuis, Sneek

Nicole Scheppers Atrium Medisch Centrum, Heerlen

Gerben Stege St. Anna Ziekenhuis, Geldrop

Eline Bij de Vaate Astmacentrum Heideheuvel, Hilversum

Hester Zegers

Nienke Thönissen

Nieuwe rustende leden

Paul van Gerven De Rijp

Kees van der Loo Apeldoorn

Eric Ullmann Oosterbeek

Frank Visser Malden

Ruth Wirnsberger Utrecht

Overleden

Joost Thönissen Almere

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
APRIL 2014		
18	2	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
15	2	Beyond FDG: Symposium on PET Tracers in Oncology - Groningen (NL)
15	3	Beyond FDG: Symposium on PET Tracers in Oncology - Groningen (NL)
15	4	Beyond FDG: Symposium on PET Tracers in Oncology - Groningen (NL)
8	5	13th International Pulmonary Hypertension Forum - Lissabon (PT)
11	7	NVIC Echografie cursus 2014 - Houten (NL)
12	8	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
2	8	ICU Expert Meetings - De Schiphorst (NL)
i.a.	8	Regionale IC-casus & refereer bijeenkomst Reinier de Graaf Groep - Delft (NL)
2	10	ICU Expert Meetings - Amsterdam (NL)
5	12	Awake flexible intubation course - Amsterdam (NL)
12	14	Advanced Life Support 2014 - Kolham (NL)
i.a.	16	Expertmeeting voor (donatie-)intensivisten - Utrecht (NL)
6	16	Hands-on Workshop HRCT voor longartsen - Amsterdam Zuid-Oost (NL)
2	17	20140417 Bijeenkomst werkgroep Longen, IKNL locatie Amsterdam - Amsterdam (NL)
5	17	Mythen, Missers en Maatwerk Respiratoire insufficiëntie en beademing - Lunteren (NL)
12	23	Longdagen 2014 - Utrecht (NL)
12	24	11th Annual Critical Care Symposium (ACCS 2014) - Manchester (GB)
MEI 2014		
12	1	SAMsterDAM - Amsterdam (NL)
2	6	ICU Expert Meetings - Driebergen-Rijsenburg (NL)
2	8	ICU Expert Meetings - Rotterdam (NL)
10	9	9th International PH Symposium - Frankfurt am Main (DE)
12	12	Advanced Life Support 2014 - Kolham (NL)
12	13	MedicALS - Tilburg (NL)
18	14	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
i.a.	14	Openings symposium Kinder Allergie Centrum EKZ AMC - Amsterdam Zuidoost (NL)
18	15	Congress/Scientific Symposium: Resuscitation / European Resuscitation Council (ERC 2014) - Bilbao (ES)
36	16	Annual Meeting American Thoracic Society (ATS 2014) - San Diego (US)
i.a.	20	Antibiotic Stewardship Op de Intensive Care in Nederland en Vlaanderen - Rotterdam (NL)
i.a.	27	BREATH: COPD in transformatie - Utrecht (NL)
24	31	European Anesthesiology Congress / Euroanaesthesia (ESA 2014) - Stockholm (SE)
JUNI 2014		
11	2	NVIC Echografie cursus 2014 - Houten (NL)
2	3	ICU Expert Meetings - Ewijk (NL)
i.a.	4	Post-ECCMID Highlights Symposium - Amersfoort (NL)
9	4	NVIC Cursus Luchtwegmanagement op de IC 2014
10	5	Ergometrie cursus 2014 - Amsterdam (NL)
2	5	ICU Expert Meetings - Maastricht (NL)
17	10	International Vicenza Course on Critical Care Nephrology (2014) - Vicenza (IT)
12	12	Masterclass Respiratory Infections/ Barcelona - Barcelona (ES)
17	15	Palliatieve Zorg bij COPD - Liverpool (GB)
18	18	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
5	21	Awake flexible intubation course - Amsterdam (NL)
15	23	Bronchitis 9 'Lungs: On the Edge of Health and Ageing' - Groningen (NL)
6	23	ReCertification Course - Riel (NL)
12	23	Advanced Life Support 2014 - Kolham (NL)
6	24	ReCertification Course - Riel (NL)
2	24	Tumorwerkgroepvergadering Bronchuscarinomen - Sittard (NL)

Punten	Datum	Nascholing
SEPTEMBER 2014		
12	2	MedicALS - Tilburg (NL)
18	3	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
11	3	NVIC Echografiecursus 2014 - Houten (NL)
20	6	ERS - München (DE)
21	6	International Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC 2014) - Washington D.C. (US)
12	8	Advanced Life Support 2014 - Kolham (NL)
12	11	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
18	17	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	17	Immediate Life Support 2014 - Houten (NL)
6	24	Paediatric Life Support (PLS) - Riel (NL)
30	27	Annual Congress European Society of Intensive Care Medicine (ESICM 2014) - Barcelona (ES)
OKTOBER 2014		
18	1	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	2	Ledenvergadering NVAL T
20	5	The New York Dutch Lung Cancer Course - Manhattan (US)
30	8	Infectious Diseases Week (ID week 2014) - Philadelphia (US)
6	8	ReCertification Course - Riel (NL)
18	9	ANZICS Intensive Care Annual Scientific Meeting 2014 - Melbourne (AU)
6	9	ReCertification Course - Riel (NL)
27	11	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2014) - New Orleans (US)
12	27	Advanced Life Support 2014 - Kolham (NL)
11	27	NVIC Echografiecursus 2014 - Houten (NL)
18	28	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
NOVEMBER 2014		
2	4	Tumorwerkgroepvergadering Bronchuscarcinomen - Sittard (NL)
12	6	MedicALS - Tilburg (NL)
18	12	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	17	Advanced Life Support 2014 - Kolham (NL)
9	17	NVIC Cursus Luchtwegmanagement op de IC 2014
20	20	Bronkhorst Colloquium Veldhoven
12	24	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	27	Paediatric Life Support (PLS) - Enschede (NL)
6	28	Paediatric Life Support (PLS) - Enschede (NL)
DECEMBER 2014		
12	1	Advanced Life Support 2014 - Kolham (NL)
6	9	Paediatric Life Support (PLS) - Riel (NL)
18	10	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
JANUARI 2015		
30	24	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congress (SCCM 2015) - San Antonio (US)
20	29	Bronkhorst Colloquium Blankenberge
FEBRUARI 2015		
30	20	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congress (SCCM 2016) - Orlando (US)

Punten	Datum	Nascholing
E-LEARNING/SCHRIFTELIJKE 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
2		CME-Academy - Nieuwe inzichten in de theorie en praktijk van de behandeling van stadium IV NSCLC
1		Collegetour Longcarcinoom: het belang van moleculaire diagnostiek
2		Community-acquired Pneumonie
i.a.		e-Xpert Advanced Life Support
i.a.		e-Xpert Lichte Sedatie en Anxiolyse
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
2		Masterclass Longcarcinoom
1		Meten is Weten, of Niet Soms?
1		OncoMotief 18 Klein Vlekje
6		Online nascholing Moleculaire Longoncologie
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 10: rechterhartcatheterisatie
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 2: definitie en classificaties
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 3: symptomen, beloop en epidemiologie
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 4: endotheel en endotheline
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 5: ziekteprogressie en overleving
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 6: richtlijnen en diagnostiek algoritme
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 7: echoguidelines en echodiagnostiek
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 8: screening
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 9: vervolgonderzoek
1		Post-ASTRO Webcast 2010 LIVE
1		Post-ASTRO Webcast 2010 On-demand
3		Sepsis bij neutropenische en niet-neutropenische patiënten
1		WebTV nascholing: Herziene richtlijn niet-kleincellig en kleincellig longcarcinoom 2011
1		Web-tv nieuwe antistollingsmiddelen - Ervaring
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