

PULMO

Script

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT
JAARGANG 26 NR. 2 JUNI 2015



TRUDEAU MEDAL
VOOR DIRKJE POSTMA

HERMAN JAN PENNINGES,
AFSCHEID VAN HET BESTUUR

GECOMBINEERD
LIDMAATSCHAP
DJS EN DE NVALT

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. F. Brijker
Drs. S.M. de Hosson
Drs. Th. Macken
Drs. K.J.M. Mooren
Mevr. W. Vlуг

Uiterste datum voor insturen kopij
nr. 3: 15 augustus 2015

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

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

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

Van Engelen - tekst, vormgeving en
drukwerkadviezen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



04 VOORWOORD

Bestuur

05 Vanuit het bestuur

06 Notulen ledenvergadering 2 april 2015

Commissies, secties en werkgroepen

Vanuit de Commissie Bronkhorst:

12 Concept programma Bronkhorst 2015

Vanuit de sectie assistenten:

13 Gecombineerd lidmaatschap De Jonge Specialist en de NVALT

15 Verslag vanuit de assistenten "Op de hoogte van astma"

16 Aankondiging assistentenmiddag 2015

Rubrieken

17 Opleiding in de kijker: Catharina Ziekenhuis Eindhoven

18 Pulmonaal Portret: Karin Boomars

20 Column Kris Mooren: "Haast"

Interview

21 Herman Jan Pennings, afscheid van het NVALT bestuur

Nascholing

23 Samenvatting proefschrift Rik Marcellis

Exercise capacity, muscle strength and fatigue in sarcoïdosis

En ook...

25 Long fibrosis: Hot topics

27 ILD cursus Davos

28 Trudeau Medal voor Dirkje Postma

29 Global Lung Cancer Journalist Award voor Sander de Hosson

30 Winnende column Sander de Hosson "Saint Emilion Grand Cru"

Ingezonden

32 Reactie op het onderzoek van Sam en Jurre

33 Tuchtzaak

Personalia

35 Kandidaat-leden

36 Nieuw benoemde longartsen

36 Nieuwe rustende leden

37 Congresagenda



Cover: destijds géén Volvo Ocean Race in Scheveningen maar wél deze fraaie zeilschepen...

Hendrik Willem Mesdag
Groningen 1831 - 1915 Den Haag

De verkoop van de visvangst op het strand van Scheveningen
Doek 125,5 x 102 cm
Gesignd en gedateerd 1897 rechtsonder

Collectie Kunsthandel A.H. Bies, Eindhoven

Beste lezer van PulmoScript,

Graag presenteer ik u deze editie van PulmoScript, voor mij voor de laatste keer als wetenschappelijk secretaris. Na een drukke winter bent u hopelijk in een iets rustiger werkseizoen gekomen en hebt u tijd om eens ontspannen te gaan zitten voor uw verenigingsblad.

De belangrijkste recente gebeurtenis binnen onze vereniging is het evenement 'Longartsenweek/ Longdagen' geweest. Het is de eerste keer geweest dat beide programma's in elkaar werden gevlochten. De opkomst is groot geweest en er zijn veel reacties binnen gekomen. U zult zo snel mogelijk op de hoogte worden gesteld van de evaluatie. We zullen dan met elkaar bepalen wat het voorstel voor volgend jaar zal worden.

In deze PulmoScript vindt u het concept programma van het Bronkhorst Colloquium. U kunt er van uitgaan dat de inhoud weer uniek en origineel is en dat het verder op vertrouwde wijze zal worden aangeboden.

Graag wil ik u ook attenderen op enkele andere rubrieken. Ik heb bij de keuze niet lang hoeven nadenken. Ons eigen Dirkje Postma, hoogleraar longziekten in het UMCG Groningen, ontving onlangs tijdens de ATS in Denver (USA) de Trudeau Medal van de American Thoracic Society. De Trudeau Medal wordt jaarlijks toegekend aan diegenen die een grote wetenschappelijke bijdrage leveren aan de preventie of behandeling van longziekten. De Trudeau Medal bestaat sinds 1926 en is genoemd naar Edward Livingston Trudeau, de eerste president van de American Lung Association. Dat u het maar weet. Dan het interview met Herman-Jan Pennings. Zonder overdrijven kunnen we stellen dat zonder hem het reilen en zeilen van de NVALT een stuk minder rooskleuring was geweest. In dit interview komt hij nog een keer aan het woord.

Lang is het rustig geweest van het opleidingsfront uit Eindhoven, maar deze keer zullen ze vlammen. De longartsen i.o. en het opleidingsteam uit het Catharina Ziekenhuis stellen zich graag aan u voor. Ook hebben we deze keer weer een samenvatting van een proefschrift kunnen opnemen. Rik Marcellis hoopt in Maastricht op 26 juni te promoveren op het proefschrift 'Exercise capacity, muscle strength

and fatigue in sarcoidosis'. Gefeliciteerd met het voltooien met dit fraaie proefschrift en succes met de openbare verdediging.

Dan wil ik nog graag een persoonlijke opmerking maken van mijn kant. Over enkele maanden zal ik mijn werk als longarts in het buitenland voortzetten. Hiermee zal ik ook mijn functie als wetenschappelijk secretaris neerleggen. Ik heb altijd met veel plezier het voorwoord voor u geschreven. Ik wil hartelijk bedanken voor het vertrouwen dat u mij hebt gegeven om deze functie te mogen vervullen. Ik wil van de gelegenheid gebruik maken mijn opvolger Egbert Smit aankondigen. Hem kennende zal hij u geen moment vervelen. Heel veel succes Egbert!

Ik wens u veel leesplezier en een genoeglijke zomer.

Folkert Brijker, wetenschappelijk secretaris



Onze wetenschappelijk secretaris neemt op toepasselijke wijze afscheid. Hij heeft bij PulmoScript de finish bereikt en zal op een tropische bestemming (Curaçao) zijn loopbaan vervolgen.

Vanuit het bestuur

Acht jaar lang heeft Herman-Jan Pennings trouw deze katern gevuld, in toerbeurt met Yvonne Heijdra. Voor hij mij aansprak om zijn functie over te nemen, in een drukke ERS-hal in München, had ik er zelf nooit aan gedacht. U ook niet, neem ik aan? De NVALT is namelijk overal in ons werkzame leven aanwezig, maar we staan zelden stil bij het werk wat erbij hoort.

En het is werk. Vergaderingen in Den Bosch, aan een grote tafel met koffie en stroopwafels, en open ramen tot de klokken om 6 uur beginnen te luiden. Veel onderwerpen, van contracten, tot zorgverzekeraars, organisatorische troubles, geld en kwaliteitsissues. Mailtjes tussendoor, en allemaal dringend. Trouwe en professionele ondersteuning door Trudy, Wilma, Constance en Diny, met de hulp van Pieter. Herman-Jan heeft alles precies bijgehouden, en daar zijn we hem heel dankbaar voor. Ook Folkert Brijker heeft zich met al zijn enthousiasme ingezet als Wetenschappelijk Secretaris. Jullie hebben regelmatig van zijn voorwoord kunnen genieten. Zijn werkplek verandert, daarom neemt hij van jullie afscheid. Dank, Folkert!

Ondertussen lijkt er maar een ding zeker in de zorg: en dat is dat alles verandert. Meer nog, als je niet flexibel bent, kan je bijna niet meer goed functioneren. Ons vakgebied evolueert (kijk maar eens

voor de gein in oude patiënt-brieven naar de behandeling of de verrichte onderzoeken: aandoenlijk!), onze collega's wisselen, de gezagsstructuur van een ziekenhuis blijft maar kantelen, en vanuit de overheid worden in een hoog tempo eisen en normen afgevuurd, waarbij de schutter in het strijdgewoel niet altijd goed herkenbaar is (NZa? Zorgverzekeraar? Zorginstituut? Ministerie VWS?). Het vraagt wat van ons allemaal om op vele vlakken te kunnen schakelen. Van Europees, naar landelijk, van ziekenhuis, tot vakgroep. Daaronder ligt het basisvak: wat ons uiteindelijk arts maakt: het fijne contact met onze patiënten, met tijd en aandacht, aan een leeg bureau, met oogcontact en empathie, zonder ondertussen te typen of te telefoneren, zonder enig spoor van zichtbare stress terwijl de wachtkamer uitpuilt en je onbehoorlijk uitloopt... Herkenbaar? Voor de meesten wel, vermoedelijk. En dit moeten we wel zien vol te houden, een carrière lang. Kijk even rond je in je ziekenhuis, dat doorgaan is niet voor iedereen eenvoudig. Er is geen goede afbouw van je professionele leven voorzien in een gemiddelde vakgroep, zoals vaak wel mogelijk is in het onderwijs, ambtenarij of zakelijk leven. Diensten schrappen vanaf een bepaalde leeftijd is vaak praktisch bezwaarlijk, stress en druk blijven bestaan, emoties en beslissingen gaan maar door.



Daarom zou ik iedereen een goede balans toewensen, niet in de toekomst, niet wachtend op pensioen of sabbatical, maar vandaag, nu, met voldoende afwisseling tussen werk en vrije tijd, tussen stress en sport, patiënten en vrienden, collega's en familie. Als wij stevig op onze benen staan, kunnen we ook de beste zorg aan onze patiënten toevertrouwen. Gaat dit je goed af? Prima toch! Is het je eigenlijk allemaal teveel? Laat ons dan met z'n allen het werk herverdelen, tot het evenwicht teruggevonden wordt...

Ik wens jullie allen een prettige zomer toe!

Thomas Macken

Donderdag 2 april 2015 te Utrecht

Notulen ledenvergadering NVALT

Aanwezig (getekend op presentielijst) : 44

1. Opening

De voorzitter opent de vergadering om 15.00 uur. Ze vraagt een minuut stilte voor erelid Jan Wagenaar die op 22 november 2014 is overleden.

2. Notulen vergadering 2 oktober 2014

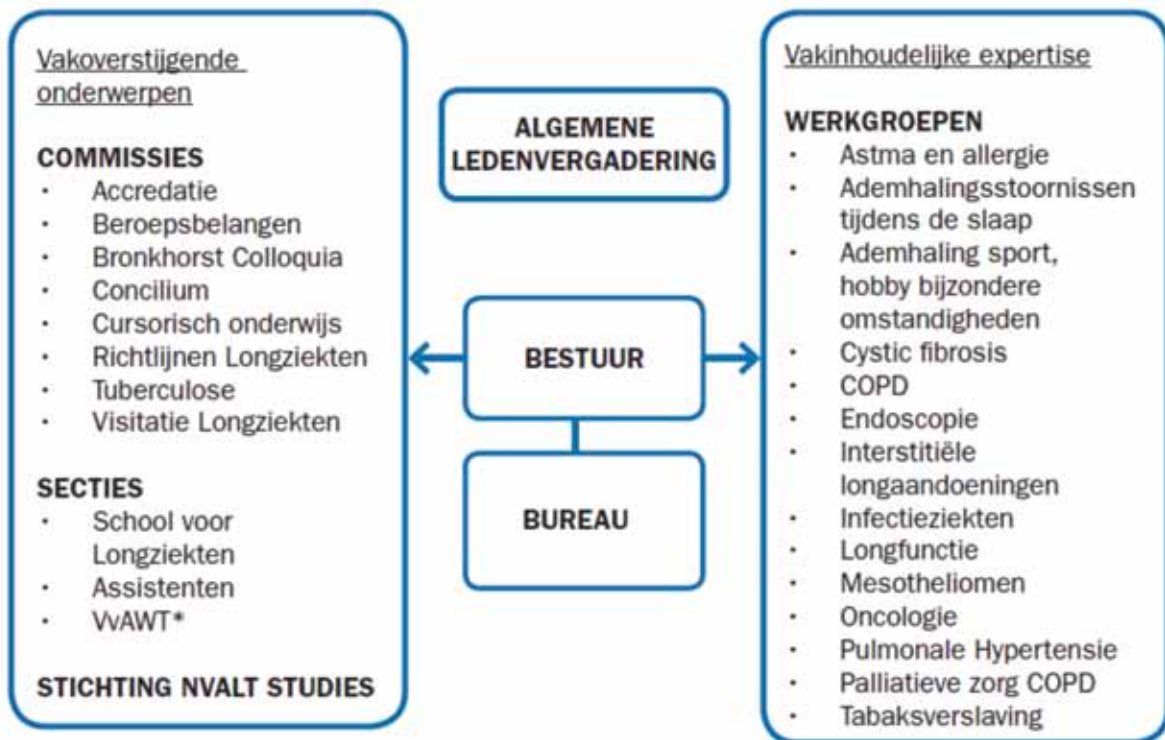
Geen op- of aanmerkingen. De notulen worden onder dankzegging van Pennings en de Baaij goedgekeurd.

3. Mededelingen vanuit het Bestuur

Heijdra:

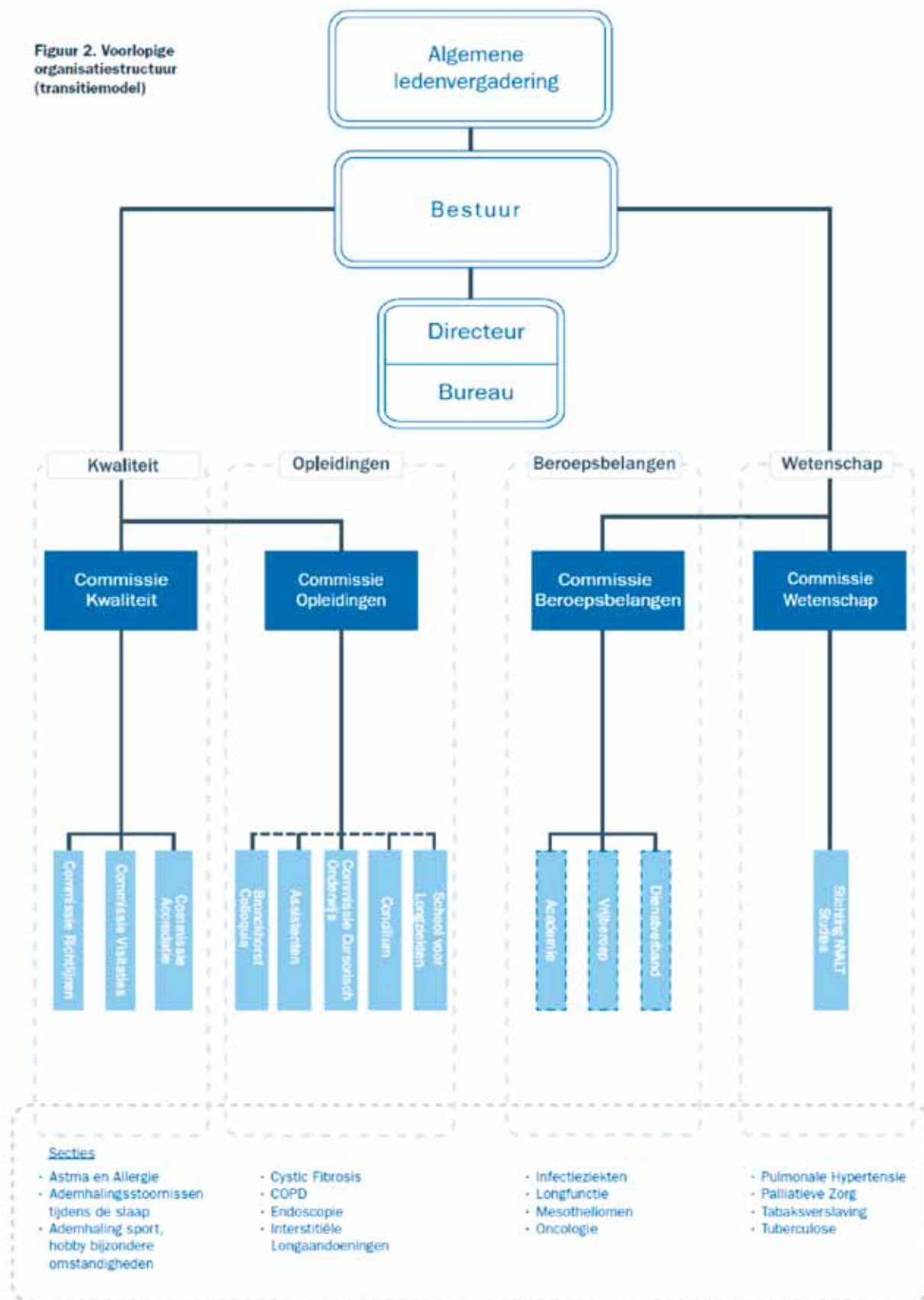
- Het afgelopen anderhalf jaar is het Bestuur bezig met een project kwaliteit dat heeft geleid tot het beleidsplan kwaliteit 2015-2019. Dit plan zal worden gedrukt en aan alle leden worden toegestuurd.
- Het bestuur is bezig met het maken van een professionaliseringslag. De NVALT zal daarbij aansluiten bij de organisatiestructuur van de Federatie. Heijdra presenteert de huidige organisatiestructuur en de organisatiestructuur zoals die moet gaan worden.

Figuur 1. Huidige organisatiestructuur van de NVALT



* Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding

Figuur 2. Voorlopige organisatiestructuur (transitiemodel)



- Ook het Bestuur zal verder geprofessionaliseerd moeten worden en dus is het bestuur bezig te kijken of in dat kader een directeur aangetrokken zou kunnen worden.
- Barabara Knipscheer (assistentenbestuur) heeft vorig jaar in de ledenvergadering de stand van zaken met betrekking tot de werkloosheid geschetst. Dit jaar heeft ze opnieuw de jonge klaren geënquêteerd.
 - De structurele werkloosheid valt mee. Dit is een groot compliment voor iedereen die het afgelopen jaar jonge assistenten heeft opgenomen in zijn groep. Een aantal assistenten is op dit moment werkzaam in kleine functies, soms in 2 of 3 ziekenhuizen. De hoop is dat in de toekomst deze tijdelijke banen zullen worden omgezet naar vaste banen. Op dit moment zijn er 5 werklozen, gemeten vanaf 2011. Smeenk merkt op dat in 2015 de maatschappen niet meer zelf kunnen beslissen of er iemand aangenomen wordt, dit moet nu in een veel groter verband beslist worden. Binnenkort zal er een enquête uitgaan aan alle leden om opnieuw de stand van zaken van de maatschappen te bekijken. Grotjohan vult hierbij aan dat het in de toekomst waarschijnlijk zo zal zijn dat steeds meer assistenten in loondienst zullen komen. Het aantal vrijgevestigden zal verminderen. Het is uiteindelijk de Minister van VWS die bepaalt hoeveel specialisten er opgeleid worden, zij neemt echter geen verantwoordelijkheid voor de werkloosheid, alleen de marktwerking vindt zij belangrijk.
 - Op 20-21-22-23 april zullen de longartsenweek en de longdagen worden georganiseerd.
 - Er heeft een eerste ledenvergadering van de Federatie plaatsgevonden waar alle voorzitters van alle wetenschappelijke verenigingen aanwezig waren. Binnenkort vindt er een brainstormweekend plaats voor alle voorzitters. Afgesproken is dat het Federatienieuws zal worden verspreid onder alle leden. Er was voor sommige leden wat onduidelijkheid over de contributie. In de notulen van de vorige ledenvergadering wordt duidelijk uitgelegd hoe de contributie is opgebouwd. De NVALT zit nog steeds aan de ondergrens, voor wat de contributie betreft, in vergelijking met andere wetenschappelijke verenigingen. Ondanks bezwaren van een paar leden die niets zagen in de komst van de Federatie, heeft tot nu toe niemand afgehaakt en is iedereen lid gebleven van de NVALT.
 - Er is door de NRS een roadmap voor het onderzoek in Nederland gemaakt. Hierbij zijn een 7-tal doelstellingen geformuleerd
 1. Aandacht creëren voor de huidige stand van zaken en ontwikkelingen op het gebied van longonderzoek
 2. Opstellen van een plan voor landelijke opleiding en ondersteuning van jonge onderzoekers.
 3. Kruisbestuiving tussen de verschillende aandachtsgebieden van het longonderzoek en daaraan verwante gebieden van onderzoek.
 4. Initiëren van een Nationaal Programma Longonderzoek
 5. Stimuleren en promoten van vernieuwend onderzoek
 6. Activeren van bestaande en nieuwe mogelijkheden van landelijke biobanken voor longaandoeningen.
 7. Driejaarlijkse evaluatie en update van de Nationale Roadmap Longonderzoek met nieuwe kansen voor longonderzoek in Nederland.

Alle werkgroepen van de NVALT hebben een uitnodiging gehad voor een bijeenkomst met de NRS.
 - De Werkgroep Interstitiële Longaandoeningen liep niet helemaal goed. Vandaar dat het Bestuur de afgelopen maanden een aantal keren constructief met de werkgroep heeft vergaderd. Dit heeft o.a. geleid tot een nieuwe voorzitter en secretaris van de Werkgroep Interstitiële Longaandoeningen.
 - Brief van Harry Groen over Immun Moduleren behandelcentra voor longkanker in Nederland. Doordat de angst heerst dat de ziektekostenverzekeringen deze centra gaan bepalen, heeft de WON in dit voorstel zelf de centra benoemd.

De werkgroep Oncologie heeft criteria voor het benoemen van centra volgens SONCOS criteria vastgesteld. Deze zijn:

 - a. >20 patiënten per jaar.
 - b. Regelmatig MDO waarin specialisten zitting nemen die bij immunotherapie noodzakelijk zijn (dermatoloog, MDL arts, immunologisch georiënteerd arts).
 - c. Patiënten registratie verplichting.
 - d. Ervaring met immunotherapie door deelname aan studies.

De ziekenhuizen die mee gaan doen worden verdeeld in Centrum- en partnerziekenhuizen. Welke ziekenhuizen dat zijn kunt u vinden op de website van de NVALT.
 - Lammers merkt op dat op dit moment een werkgroep bezig is die gaat bekijken wat de criteria voor expertisecentra voor de longziekten moeten zijn. Voorstel is deze brief te accorderen tot de NVALT zelf criteria heeft wat onder een expertisecentrum verstaan wordt. Lammers spreekt liever van Netwerk-centra. De NVALT is officieel geen lid van het SONCOS. Echter Egbert Smit is namens de NVALT gemandateerd om in het SONCOS als toehoorder aanwezig te zijn.

Pennings

- Er is een privacy-reglement opgesteld voor de NVALT (te zien op de website van de NVALT). Ook de ERS zal nog verzocht worden om een privacy-reglement i.v.m. het gecombineerde lidmaatschap. Leden die het ERS-lidmaatschap voor een aantal jaren vooruit betaald hebben krijgen een reinbourcement.
- Het Pirfenidone-arrangement is inmiddels rond. Er zijn een aantal centra aangewezen met een goede netwerkstructuur die dit middel voor mogen schrijven. Hiervoor is nodig dat er een centrale database komt waarover de onderhandelingen op dit moment plaatsvinden.
- Er loopt een discussie met het Zorginstituut over de Hooggebergte behandeling in Davos. Er wordt nu geprobeerd om de meerwaarde van de behandeling in het Hooggebergte aan te tonen.

4. Mededelingen vanuit de Commissie Beroepsbelangen/Projectgroep DOT

Grotjohan doet verslag van de laatste ontwikkelingen.

Personele bezetting

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

Ontwikkelingen

- Transparantie op nota
- Zorgactiviteiten 1-7-2014
- ICD10 codering 1-1-2015
- Door ontwikkeling DOT
- Doorlooptijd 120 dg van vervolgd bc (2015)
- ICD10 codering per 1-1-2015
- Dbc diagnose ICD10
- DHD Referentietertabel diagnosethaurus
- Uitstel tot 1-7-2015

ICD10

- Diagnosethaurus
- Dbc diagnose gekoppeld aan referentierm
- Referentierm koppelt aan ICD10
- ICD10 diagnose systeem ingewikkeld en niet handig
"minister wil het en arts verantwoordelijk

Verkorting doorlooptijd vervolg dbc 120 dg.

Volume toename DOT producten bv bij COPD, astma
DBCO simulatie dataset aanpassing normtijden
minuutneutraal

Normtijden houvast voor honorariumcomponent integrale tarieven

- Op verzoek OMS /federatie

Controle rondrekening normtijden door Logex, enige aanpassing op ons verzoek lichte toename van minuten 2-3%

Logex benchmark 2015 normuren

Aankondiging DBCO 2016

- Aanpassing productstructuur
- Pneumonie en tuberculose
- Gezamenlijk DOT producten internist/longarts normtijd?

Raad Beroepsbelangen

- Elke WV 2 vertegenwoordigers
- Vertegenwoordiging vanuit NVALT
- Anco Boonstra namens dienstverbanders
- Hans Grotjohan namens vrijgevestigden
- Werkgroepen/commissies
- Bv medisch specialist 2018
- Rechtmatig declareren/ Nza regels
- ICD10
- Logex verdeelmodel
- etc

5. Mededelingen vanuit het Concilium

Individualisering opleidingsduur "Rio Project" (Realisatie Individualisering Opleidingsduur)

Nominaal in jaren (en mnd)	% aios 2013	2013 Nulmeting	2018	2019	2020	2021	2022 ¹⁾	Gem. duur in mnd in 2022 ¹⁾
4 jaar (48 mnd)	4%	-1	-2	-3	-4	-4	-5	43,1
4,5 jaar (54 mnd)	15%	-1,5	-2,5	-3,5	-4,5	-5,0	-5,5	48,5
5 jaar (60 mnd)	33%	-2	-3	-4	-5	-6	-6	53,9
6 jaar (72 mnd)	48%	-2	-3	-5	-6	-7	-7	64,6
totaal onafgerond²⁾		-1,79	-2,99	-4,19	-5,39	-5,99	-6,59	57,8

"Dedicated Schakeljaar"

Korting tijdens de vooropleiding obv verkregen competenties

Korting tijdens de vervolgopleiding obv verkregen competenties

RIO Stand van Zaken

Interim analyse februari 2014: -2.6 maanden
Inzicht in gerealiseerde korting per OOR
Verantwoordelijkheid ligt bij opleider en AIOS
Wat te doen bij conflicten ?
Korting niet aankaarten aan eind van de opleiding!
Zo mogelijk al korting tijdens de vooropleiding?
10 maanden algemene interne geneeskunde
4 maanden cardiologie
4 maanden IC

Mijn RGS

Mijn RGS is een persoonlijke omgeving waarin aios, specialisten/profielartsen, opleiders en opleidingsinrichtingen al hun zaken met de RGS online kunnen regelen. Via MijnRGS correspondeert u snel en makkelijk met de RGS!"

Mijn RGS is niet van de RGS

Inzicht in opleidingsschema AIOSSnelle aanpassing opleidingsschema mogelijk
Handig o.a. voor uitwisseling
Nog niet goed functionerend in de praktijk

Nieuwe CanMEDS Competenties

Patiënt veiligheid
Doelmatigheid
Ouderenzorg-
learning
Medisch leiderschap- AIOS niet goed voorbereid op management-management project tijdens opleiding-
voorzitten grote visite e.d.

De Opleidings-etalage

De bedoeling van de opleidingsetalage is dat alle opleidingen gebruik maken van een soort "reclamebord" op een internetsite om aan te geven waar de kliniek zich mee bezig houdt. Dit is nog niet in alle opleidingsklinieken doorgevoerd.

In de toekomst zou het zo kunnen zijn dat het aantal aandachtsgebieden wat in een OOR aanwezig is een kwalitatieve rol gaat spelen bij het toewijzen van aios-plaatsen.

Niet functionerende aios

Alleen mogelijkheid vervanging in eerste kalenderjaar
Risico op aanhouden suboptimaal functionerende AIOS
Nieuw voorstel naar VWS/NZa: Eerste 2 opleidingsjaren

Update Opleidingsplan

Een commissie bestaande uit Smeenk, Van Haren, van den Toorn en Van Veggel is bezig met een update van het opleidingsplan. In dit opleidingsplan zal ruimte zijn voor de individualisering en de aandachtsgebieden, de stages.

Instroom

Scenario's pilot Longgeneeskunde

Doelstelling pilot beleidsrijk toewijzen en verdeelmodel
Toewijzing 2015 (totale instroom 34 aios)
Voorgestelde wenselijke formatie 2016 (40 aios), minimum advies (34 aios) en maximum advies (42 aios)

Toewijzing 2015 (80% historie, 20% patiëntaantallen) en instroom van 34 aios

Toepassing verdelingsmodel longgeneeskunde 2016 (50% historie, 50% patiëntaantallen) voor drie situaties:

- wenselijke instroom van 40 aios
- minimale instroom CO van 34 aios
- maximale instroom CO van 42 aios.

Smeenk merkt op dat OOR's die in het verleden niet hebben toegestaan dat nieuwe opleidingsklinieken werden geopend, nu indirect worden gestraft wanneer de patiëntaantallen van een OOR worden meegeteld bij de verdeling.

6. Mededelingen vanuit de Commissie Richtlijnen

De commissie Richtlijnen is bezig met de richtlijn behandeling van acute exacerbaties COPD in de tweede lijn en de richtlijn Richtlijn diagnostiek en behandeling van non-CF bronchiectasieën. Het komende jaar zal gestart worden met de revisie van de richtlijn OSAS en de richtlijn Pleuravocht.

De NVALT heeft geparticipeerd in de IC- richtlijn. Inmiddels is er een nieuw concept dat binnenkort uitkomt.

De Commissie Richtlijnen zal zich de komende jaren niet zozeer focussen op het ontwikkelen van richtlijnen maar op het onderhoud daarvan. Ook de prioritering daarvan is belangrijk. Bij het onderhoud van de richtlijnen is een ontwikkeling gaande, nl. om de richtlijnen modulair te herzien.

In vergelijking met andere wetenschappelijke verenigingen is de NVALT de vijfde als het gaat om aantallen richtlijnen, nl 30. Er is een richtlijnen-database opgericht waarin alle richtlijnen van alle WV 'en zijn opgenomen. Deze 30 richtlijnen van de NVALT hebben bij elkaar zo'n 450 modules. Vraag is hoe al deze modules moeten worden onderhouden. Ook de discussie of de Europese richtlijnen niet als blauwdruk kunnen worden gebruikt wordt nog volop gevoerd. De NVALT zit samen met de urologen in een pilot waarbij gekeken wordt of Europese richtlijnen te vertalen zijn naar de Nederlandse situatie. Er zijn verenigingen die Europese richtlijnen onvertaald overnemen. De commissie richtlijnen is bezig te kijken of er hiaten of witte vlekken in de Nederlandse richtlijnen zitten.

7. Financieel verslag 2014 en begroting 2015

Heijdra stelt de financieel adviseur Wilko Heesakkers voor. De functie van Penningmeester zal voorlopig niet ingevuld gaan worden omdat inmiddels duidelijk is dat de financiën dusdanig ingewikkeld zijn dat dit voor een longarts-lid, bijna niet meer te doen is.

Heesakkers geeft een toelichting op de balans, de exploitatierekening van 2014 en de begroting van 2015 van de NVALT en de WSLT. De vergadering gaat akkoord met handhaving van de contributie, B-leden: 870, C-leden: 175, D/E-leden: 90, F-leden: 35, H-leden: 350, J-leden: 870.

8. Verkiezingen

a. Bestuur

Dr. Y Heijdra wordt als voorzitter opgevolgd door dr. E. van Haren, Heijdra blijft in het Bestuur als past-president. Van Haren dankt Heijdra voor haar grote inzet als voorzitter van de NVALT.

Hij roemt met name haar dossierkennis, haar vasthoudendheid en haar agenda-beheer waarbij zij de agenda van het Bestuur zorgvuldig afhandelde.

De maximale zittingstermijn van dr. H.J. Pennings, secretaris is verstreken. Hij wordt opgevolgd door drs. Th. Macken. Heijdra dankt Pennings voor de uitstekende wijze waarop hij het secretaris schap heeft ingevuld voor 8 jaar. Heijdra roemt zijn grote dossierkennis en zijn zorgvuldige manier van werken.

Mr. H. van Helmond heeft het bestuur op eigen verzoek verlaten.

b. Commissie Cursorisch Onderwijs

De eerste zittingstermijn van dr. B. Biesma is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar en wordt herkozen.

c. Commissie Visitatie Longziekten

De maximale zittingstermijn van dr. K. van Kralingen en drs. Th. Macken is verstreken. Zij worden opgevolgd door drs. C. Kroese-Bovée en drs. B. Luijk.

9. De kandidaat-leden worden voorgesteld.

Er zijn afmeldingen binnengekomen van Seijger, Storms, van de Veer en Hoppe. Er is niemand van de voorgestelde aiOS aanwezig.

De voorzitter sluit de vergadering om 17.00 uur



Bronkhorst

Programma 2015 - 2016

Onderwerp: Longoncologie

Datum

26 ('s avonds), 27 en 28 november 2015
'Koningshof' te Veldhoven

Informatie

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

Inschrijving

In september zullen de brochures voor het Bronkhorst Colloquium worden verzonden.
De inschrijving start in **september** via de website van de NVALT.

Het maximale aantal deelnemers in Veldhoven is 210.

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

Datum

28 ('s avonds), 29 en 30 januari 2016
"Floréal Club" te Blankenberge, België

Informatie

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

Concept programma

CPC

Lezingen

- Immunotherapie in de thoracale oncologie
- Grenzen aan de oncologische chirurgie
- Update radiotherapie en complicaties
- Pathogenese en therapieresistentie van longkanker

Wergroepen

- Een klein suspect vlekje: hoe aanpakken?
- PA verkrijgen voor moleculair biologische analyse, wanneer, waar, herhalen?
- Behandelingsmodaliteit mesothelioom
- Best Supportive Care bij kanker
- Moreel beraad: stadium IV en ICU
- Oligometastase wat is zinvol, wat bewezen?
- Targetedtherapy in de praktijk
- De oudere patiënt met longkanker
- Opvolging na behandeling



Gecombineerd lidmaatschap De Jonge Specialist en de NVALT

Middels dit schrijven willen we de AIOS graag een update geven over het voornemen om het lidmaatschap van de NVALT door AIOS te combineren met een lidmaatschap van De Jonge Specialist.

Oprichting Federatie van Medisch Specialisten

Dit jaar is de Orde van Medisch Specialisten opgeheven en overgegaan in de Federatie van Medisch Specialisten. Inmiddels is iedere medisch specialist die lid is van zijn of haar wetenschappelijke vereniging ook aangesloten bij de Federatie Medisch Specialisten. Dit geldt dus ook voor alle longartsen.

Alle zaken die specialisme overstijgend zijn, worden binnen de federatie besproken. Daaronder vallen ook allerlei zaken die ons als AIOS aangaan (denk aan opleidingsverkortings, aantal opleidingsplekken, jonge klaren problematiek etc.). De invloed van de losse wetenschappelijke verenigingen zal waarschijnlijk minder gaan worden. Binnen de federatie zullen de afspraken gemaakt worden en voor de 'buitenwereld' is er dus nog één gesprekspartner wanneer het medisch specialistische zaken betreft. Er komen vier raden van aandachtsgebieden: beroepsbelangen, kwaliteit, opleiding en wetenschap. Gezien de doelstellingen en werkzaamheden van deze federatie is een intensieve samenwerking met De Jonge Specialist natuurlijk van belang. De AIOS worden formeel namelijk niet

vertegenwoordigd binnen de federatie. De federatie heeft aangegeven dat AIOS een toevoerschap kunnen hebben binnen de federatie (en daarmee betrokkenheid in alle raden), wanneer zij alle AIOS vertegenwoordigen.

De rol van De Jonge Specialist

De Jonge Specialist is de landelijke vereniging die de belangen van medisch specialisten in opleiding behartigt. Deze vereniging kent tot dusver een individueel lidmaatschap. Circa 50% van alle 6000 AIOS in Nederland is reeds lid van De Jonge Specialist. De Jonge Specialist streeft momenteel naar een 100% lidmaatschapsgraad om de stem van de gehele groep AIOS te vertegenwoordigen binnen de Federatie Medisch Specialisten en ook de Landelijke Artsen in Dienstverband (LAD) en zo meer zeggenschap te verkrijgen. Er is reeds een goede binding tussen De Jonge Specialist en alle juniorverenigingen door de inrichting van de Raad Juniorverenigingen, waarin de AIOS van alle specialismen (ook wij vanuit de longziekten) zijn vertegenwoordigd. Iedere 2 maanden is er een vergadering waar de lopende zaken worden besproken en er over en weer wordt geïnformeerd en geadviseerd.

Belang van dubbel lidmaatschap (NVALT-De Jonge Specialist) voor AIOS

Het is voor AIOS natuurlijk belangrijk om betrokken te blijven bij de Federatie

Medisch Specialisten en het is derhalve essentieel dat we onze krachten als AIOS bundelen om inspraak te behouden. Om de lidmaatschapsgraad van de Jonge Specialist zo hoog mogelijk te maken streven de besturen van alle juniorverenigingen samen met het bestuur van De Jonge Specialist naar een gecombineerd lidmaatschap. Dit is ook de wens van de Federatie Medisch Specialisten. Samen met de Raad Juniorverenigingen hebben we het afgelopen jaar nagedacht om dezelfde lijn van de medisch specialisten te volgen. Dit zou inhouden dat alle nieuwe AIOS die lid worden van hun wetenschappelijke vereniging (in ons geval de NVALT) ook automatisch lid zullen worden van De Jonge Specialist.

Voordelen dubbel lidmaatschap

Een dubbellidmaatschap (NVALT-De Jonge Specialist) voor alle AIOS is belangrijk, omdat:

1. De Jonge Specialist dan kan spreken namens de gehele groep van medisch specialisten in opleiding;
2. Er opgekomen kan worden voor de belangen op allerlei gebieden belangrijk voor AIOS zoals: individualisering van de opleiding, verkortings van de opleiding en arbeidsperspectief als jonge klare;
3. Meer individuele leden meer zeggenschap geeft bij de CAO onderhandelingen, denk aan behoud van ORT of beleid rondom arbeidstijden en compensatieregelingen;

4. De Jonge Specialist namens de AIOS zitting kan nemen in het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten en bestuur van de LAD en daardoor een volwaardige gesprekspartner voor partijen zoals de KNMG, NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra), NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), STZ (Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen), VvAA en ministerie van VWS zijn.

Bovendien hebben leden van De Jonge Specialist tal van individuele voordelen zoals rechtsbijstand bij zaken rondom de opleiding (geschillen, individuele arbeidsvoorwaarden), juridisch advies, deelname aan de AIOS Upgrade en abonnement op Medisch Contact en Magazine De Jonge Specialist. Ook ben je automatisch lid van de LAD, aangesloten bij de KNMG en verbonden met de Federatie Medisch Specialisten. Voor een volledig overzicht van de voordelen van het lidmaatschap van De Jonge Specialist, bezoek dan de website: www.dejongespecialist.nl.

Kosten van een dubbel lidmaatschap

De precieze uitwerking van een dergelijk dubbellidmaatschap, denk met name aan lidmaatschapscontributie, is momenteel onderwerp van discussie. Het lidmaatschap van De Jonge Specialist kost momenteel namelijk 130 euro per jaar. Bij een 100% lidmaatschap van alle AIOS zal de contributie waarschijn-

lijk wel verlaagd worden. Aangezien het lidmaatschap van de NVALT (noodzakelijk voor o.a. landelijk cursorisch onderwijs) verplicht is voor alle AIOS longziekten, worden de kosten in veel klinieken vergoed vanuit het opleidingsbudget/leerhuis. We streven ernaar dat dit ook gaat gelden voor het gecombineerde lidmaatschap. Op de NVALT site is het document 'vergoedingen in het kader van de opleiding tot longarts' te vinden.

Een andere optie is het lidmaatschap deels via je werkgeversbijdrage terug te vorderen omdat dit lidmaatschap een beroepsvereniging/vakbondslidmaatschap betreft. Deze bedraagt 42%. (zie: http://www.dejongespecialist.nl/lidmaatschap/lid_worden/contributie/vergoeding_contributie.html).

Bovenstaande zal per 1 januari 2016 in ieder geval gaan gelden voor de

nieuwe AIOS. Wij houden jullie op de hoogte over eventuele wijzigingen omtrent het dubbellidmaatschap.

Bij vragen of opmerkingen kan je deze mailen naar leden van het AIOS-bestuur van de NVALT. De contactgegevens zijn op de NVALT website te vinden.

Namens het bestuur van De Jonge Specialist en de NVALT sectie AIOS,

Ben Tomlow, bestuurslid DJS, longarts i.o., mede namens

Richard Schol, Voorzitter Raad Juniorverenigingen, kinderarts i.o.

Bianca van Veggel, voorzitter NVALT AIOS bestuur

Marthe Paats, lid NVALT AIOS bestuur

Belangrijkste punten:

- Dit jaar is de Orde van Medisch Specialisten opgeheven en overgegaan in de Federatie van Medisch Specialisten.
- De Jonge Specialist (DJS) is de landelijke vereniging die de belangen van medisch specialisten in opleiding behartigt.
- Het is van belang dat AIOS naast lid van hun juniorvereniging ook lid zijn van DJS om zo vertegenwoordigd te zijn binnen de Federatie van Medisch Specialisten. Een dubbellidmaatschap NVALT-DJS is derhalve zeer aan te bevelen.
- Helaas brengt een dubbellidmaatschap extra contributiekosten met zich mee. Met de precieze uitwerking hiervan zijn het NVALT AIOS bestuur en DJS momenteel bezig.

Het NVALT assistenten bestuur doet regelmatig kort verslag van bijgewoonde cursussen en congressen om jou als longarts i.o. een idee te geven van het actuele aanbod. Deze keer een mooi verslag van 2 collega arts-assistenten die de astma cursus 'Op de hoogte van astma' hebben bijgewoond die afgelopen maart heeft plaatsgevonden in Davos, Zwitserland.

Over hondenbrokken, huis-tuin-en-keuken astma en natuurlijk ook Lastma....

Afgelopen maart werd voor de zesde keer de cursus "Op de hoogte van astma" in Davos georganiseerd. Wederom was er veel animo voor deze cursus waarop een zestigtal AIOS en longartsen naar Davos, Zwitserland afreisden om 'op de hoogte' te worden gebracht van astma. Er werd eerst informeel een drankje gedaan om elkaar alvast een beetje te leren kennen waarna de aftrap plaatsvond met een heldere inleiding over ernstig astma en de diverse fenotypes door Anneke ten Brinke. Nadien een pittige pro-con discussie door Els Weersink en Geertjan Wesseling waar gekeken werd of patiënten

"met 1 pufje de klok rond" konden komen. In de navolgende dagen vonden diverse workshops plaats over zeer wisselende onderwerpen, variërend van inflammometrie tot de behandeling van acuut ernstig astma en van de bijwerkingen van corticosteroïden tot de integrale zorg. Uiteraard werd ook stilgestaan bij de hooggebergtebehandeling in het Nederlands Astmacentrum Davos (NAD). Dit was zowel in de vorm van een workshop maar ook d.m.v. een bezoek aan de vernieuwde astmakliniek op de locatie die betrokken is begin dit jaar. Met name de workshops in kleine groepen, met

mooie cases (deels gebracht door de aanwezige longartsen in opleiding) zorgden voor een interessante en leerzame interactie en er was veel ruimte voor vragen en discussie. Door de verschillende inzichten van de zaal ligt het leerrendement van deze cursus in Davos dan ook op een hoog niveau. Niet alleen voor de longartsen in opleiding maar ons inziens ook voor de longartsen zelf! Naast al dit harde werken was uiteraard ook tijd ingeruimd voor ontspanning. En dat kon op vele manieren: skiënd/ snowboardend danwel wandelend op de berg of beneden in het dal genietend van de zon en de heerlijke terrasjes. Succesvol was ook de sneeuwschoenwandeling waarbij je met een soort tennisracket onder je schoenen op de sneeuw mocht bikkelen waarbij de voorgang(st)er het zware werk mocht verrichten maar gelukkig frequent afgewisseld werd. Voor de mensen die wilden genieten van de rust in het hotel was de wellness van het hotel nog een goed alternatief. De traditionele kaasfondue boven op de Ischalp en een (kort....) bezoekje aan de EXbar mocht natuurlijk niet ontbreken! Terugkijkend op het vierdaags symposium kan worden gesproken van een geslaagd geheel waarbij zowel AIOS als longartsen hun astmakennis hebben verdiept. Zo weten we nu allemaal dat een





'patiënt van linksboven' (weinig symptomen, veel klachten) eigenlijk maar zeer moeizaam te behandelen is (ook wel Lastma-patiënt genoemd). Ondergetekenden en co zullen zeker hun nieuw vergaarde kennis

met enthousiasme toepassen in de dagelijkse praktijk. Na een aantal zeer leerzame, interessante, gezellige, drukke en ontspannende dagen kwam op woensdag een einde aan deze editie van de cursus.



Wij zijn weer helemaal op de hoogte van astma!

Ben Tomlow AIOS MCA Alkmaar en
Annemarie Essink AIOS
HagaZiekenhuis



**SAVE
THE DATE
AND
COME TO
LUNCH**

In aansluiting op het
Hermes examen
Zaterdag 3 oktober
2015

NVALT assistentenmiddag
(inclusief lunch)



Nadere informatie volgt

Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

We willen u vandaag meenemen naar de voetbalhoofdstad van Nederland, waar dan ook de huidige landskampioen PSV huist. Kortom welkom in Eindhoven! Eindhoven is een levendige stad, getuige de vele grote events die hier plaatsvinden, zoals recentelijk nog Flying Dutch (groot dancefestival). Naast het bruisende centrum is de afgelopen jaren Strijp-5 opgekomen als creatief en cultureel hart van Eindhoven. Hier bevindt zich verder de technische universiteit Eindhoven. Dit jaar voor het 5de jaar op rij uitgeroepen tot de beste technische universiteit in Nederland voor masteropleidingen.

Maar eigenlijk bevindt het “kloppend hart” zich in Woensel, waar het Catharina Ziekenhuis Eindhoven, in de volksmond: “Ons Katrien” zich bevindt. Het Catharina Ziekenhuis is van oudsher een topklinisch opleidingsziekenhuis met veel ambitie. Zo is het ziekenhuis verbonden aan de Santeon groep, een vereniging van 6 samenwerkende Ziekenhuizen die op verschillende

manieren met elkaar samenwerken, onder andere op het gebied van wetenschappelijk onderzoek.

Hier wordt, dit jaar al 50 jaar, de opleiding tot longarts verzorgd. Binnen de longziekten in het Catharina ziekenhuis komen alle aspecten van de Longgeneeskunde langs. Dit is mede te danken aan onder andere de aanwezigheid van een groot thoraxchirurgiecentrum, een groot regionaal dialysecentrum en een HIV centrum. Speerpunten van onze afdeling zijn naast het ‘gewoon’ goede zorg bieden voor al onze longpatiënten, de longoncologie, met een in de regio uniek sneldiagnostiekprogramma, waarbij patiënten binnen drie dagen een diagnose en behandelplan krijgen. Daarnaast is er veel aandacht voor respiratoire allergologie en de interstitiële longziekten. Het Catharina ziekenhuis is recentelijk toegevoegd als satellietziekenhuis van het St. Antonius Expertisecentrum voor interstitiële longziekten. Alle pulmonale diagnostische en interventietechnieken zijn voorhanden,

waaronder, EBUS, EUS, laser en endobronchiale stentplaatsingen, waardoor er een intensieve samenwerking is ontstaan met de ons omringende regionale ziekenhuizen. De verpleegafdeling longziekten bestaat uit 44 bedden en beschikt over de mogelijkheid tot non-invasieve beademing.

Dit alles wordt draaiende gehouden door 8 longartsen, 9 assistenten in opleiding, 3 in de vooropleiding en 2 assistenten niet in opleiding. Binnen deze groep heerst “Brabantse gezelligheid”. Er is een plezierige sfeer, waarbij we samen de klussen klaren. Daarnaast is de supervisie laagdrempelig. Tot slot wordt er geregeld gezamenlijk van alles ondernomen, zoals jaarlijks samen skiën, zeiltripjes, etentjes en elke ochtend “werkoverleg” bij een tas koffie.

Kortom een zeer prettige leeromgeving om tot een goede longarts te worden gekneet.

Bedankt voor uw aandacht en de groeten uit “Ons Katrien”





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

Karin Boomars

Geboren: Enschede 1964

Opleidingskliniek: UMCU

Huidige kliniek: ErasmusMC

Waarom koos je destijds voor de studie geneeskunde?

Ik ben aan de studie geneeskunde begonnen met het idee dat ik tropenarts wilde worden en nadien huisarts. Tijdens mijn studie kwam ik er achter dat de interne geneeskunde, het puzzelen om tot een diagnose te komen en de pathofysiologie, mij het meest boeide. Toen ik in Arnhem als agnion werkte hebben de longartsen daar mij geënthousiasmeerd voor het vak longziekten. Uiteindelijk heb ik aan het einde van mijn studie nog wel ¾ jaar met veel plezier in Nicaragua stage gelopen.

Wat is je aandachtsgebied en waarom?

Dat zijn er twee; de interstitiële longziekten; via Prof. Jules van den Bosch ben ik tijdens mijn promotieonderzoek in aanraking gekomen met ILD, en die liefde is

gebleven. Nadien kwam daar ook pulmonale hypertensie bij, daarmee kwam ik mee in aanraking tijdens mijn werk in het MUMC. Samen met een klinisch immunoloog zag ik de nodige patiënten met auto-immuunziekten, van wie een aantal PAH ontwikkelden.

Ben je actief binnen de NVALT?

Ik ben actief lid van de werkgroep pulmonale hypertensie en iets minder actief betrokken bij de werkgroep ILD, en ik ben vereerd les te mogen geven op het gebied van ILD bij het cursorisch (AIOS) onderwijs.

Wie binnen ons vakgebied bewonder je en waarom?

Dat zijn mijn twee "vaders" van de longziekten, helaas zijn beiden veel te vroeg overleden: Frits Wagenaar, longarts in het voormalig Elisabeth Gasthuis in Arnhem, een hele goede clinicus die het talent had om met patiënten uit alle lagen van de bevolking een klik te hebben. En Jules van den Bosch, om zijn brede kennis en zijn vooruitziende blik om al in een vroeg stadium te starten met het verzamelen en het opslaan van gegevens en materiaal van patiënten met ILD. Dit materiaal mochten zijn AIOS gebruiken voor hun promotieonderzoek.

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

Er is in die jaren veel onderzoek verricht binnen ons vakgebied en daardoor zijn de diagnostische mogelijkheden en de behandelingsmethoden verbeterd; deze zijn op dit moment ook meer evidence based. Daarnaast wordt er nu veel meer multidisciplinair gewerkt, hetgeen de behandeling van patiënten zeker ten goede komt.

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

Een van mijn interesses ligt op het gebied van de immunologie. Ik zou

graag het huidige onderzoek dat wij in het EMC doen naar de rol van auto-immuniteit bij idiopathische pulmonale arteriële hypertensie (IPAH) verder uitbreiden en daarbij een samenwerkingsverband opzetten met binnenlandse en buitenlandse centra die ook onderzoek doen op dit terrein. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat auto-immuniteit een belangrijke rol speelt bij de ontwikkeling van IPAH.

Hoe zoek je ontspanning?

Ik bezoek graag exposities van moderne kunst, in de winter wandel ik graag en zodra het weer iets beter is vind ik het heerlijk om in de heuvels een stukje te fietsen.

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

Ik ben geboeid door heel veel dingen, helaas mis ik het talent om zelf kunst te maken. Met een baan bij een NGO of in het openbaar bestuur was ik waarschijnlijk ook gelukkig geworden.

Wat is de grootste uitdaging in je werk?

Om alle ballen in de lucht te houden, dan bedoel ik patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs.

Hoe zie je de toekomst van het Nederlandse zorgstelsel?

Ik vind de huidige ontwikkelingen zeer zorgelijk, waarbij steeds minder zorgverzekeraars steeds meer macht krijgen, mede gezien de meesten van hen naast een zorgplicht ook een winst oogmerk hebben. De huidige medicamenteuze behandelingen van PAH en ILD (hierbij denk ik o.a. aan de anti-fibrotische therapie en de biologicals) zijn niet goedkoop, ik vraag mij af of wij in de toekomst wel de mogelijkheid zullen houden om onze patiënten optimale zorg te bieden. De ontwikkeling met betrekking tot de ketenzorg, de verschuiving van minder complexe zorg van de tweede naar de eerste of anderhalve lijnszorg

is mijns inziens op zich een goede ontwikkeling, maar dan moeten daarvoor wel voldoende middelen beschikbaar worden gesteld. Over dat laatste maakt ik mij ook zeer ongerust.

Wat is je dierbaarste bezit?

Voor zover je dat bezit kunt noemen zijn immateriële zaken het meest waardevol; je familie, je vriendschappen, en je gezondheid. In materiële zin zijn mij de

kunstvoorwerpen die ik en mijn partner in de loop van de jaren hebben verzameld, vaak op reis, heel erg dierbaar. Mijn eerste aankoop was trouwens een eindexamenstuk van mijn bovenbuurvrouw. En verder mijn (kunst)boeken, romans en poëzie.

In welk anders land zou je willen leven en werken?

In Nieuw-Zeeland, helaas is dat te ver weg van familie en vrienden.

Aan wie mogen wij de volgende keer vragen stellen?

Dr. Nicolle Cobben. Zij is een hele goede longarts die in heel belangrijke mate bijgedragen heeft aan het uitbouwen van het centrum voor thuisbeademing in het MUMC, is heel integer en veel te bescheiden!

“Haast”

‘Dokter, u komt zo gehaast op mij over.’ *Dixit* mijn afspraak van tien over tien, binnengehaald om drieëntwintig over tien. Zongebruinde babyboomer, die zich tevreden begint te nestelen in mijn spreekkamer. Jasje gaat netjes aan de kapstok, CPAP op tafel, schriftje met apneu-hypopneu-dagboek ernaast. Mijn afspraak van tien over tien weet niet dat mijn afspraak van twintig over tien een broze vrouw is van ver in de zeventig, die eruit ziet als ver in de tachtig en hoopt dat het allemaal wel meevalt, met die PET-CT. Naast me zit een co-assistente die het als haar heilige plicht ziet om na elke patiënt minstens twee vragen te stellen. Ongeveer op dat moment gaat de pieper.

Mijn afspraak van tien over tien heeft gelijk, ik ben gehaast. En voor haast is in de spreekkamer geen plaats. We weten dat je een patiënt het verhaal moet laten vertellen zonder interrupties, als je wil dat deze zich gehoord voelt. Ruggleuning van je stoel voelen en luisteren, zonder bij te sturen of je pieper op te nemen of naar je EPD te kijken. Hoewel ik een aantal patiënten ken die deze vrije spreektijd beschouwen als een vrijbrief om te gaan babbelen over de medische avonturen van de overbuurvrouw, de ondoorgroondelijke werkwijzen van de apotheek en dat het bij de hoofdingang zo waait. Ik ken ook een patiënt, Gerrit heet hij, die de kamer nooit verlaat voordat hij precies drie moppen heeft verteld. Al te goed zijn ze niet maar we moeten



allebei ontzettend lachen; na mop drie veegt hij resoluut de tranen uit zijn ogen, staat op en verlaat voldaan de spreekkamer.

Op deze manier kan de wachttijd natuurlijk wel vervelend gaan oplopen. Orthopeden, zo is bekend, kunnen daar goed mee omgaan. Ik heb in hun wachtkamer eens een voorgedrukt bordje gezien met ‘De wachttijd bedraagt meer dan een uur’, en er stond niet eens ‘helaas’ bij. Dit zijn ook de dokters die een pieper die afgaat, beschouwen als een uitnodiging tot een gesprek die soms geaccepteerd wordt, maar even gemakkelijk wordt afgeslagen.

In mijn eigen, lichtelijk oververhitte wachtkamer bedraagt de wachttijd inmiddels een half uur, wanneer de broze vrouw van ver in de zeventig aan de beurt is. Ze neemt het nieuws

gelaten op. ‘Dat wist ik wel, dat het niet goed zat. Maar bedankt, dat ik nu weet waar ik aan toe ben. En nu wil ik eigenlijk wel naar huis.’ Ze kijkt haar dochter aan, die zegt: ‘Ik heb nog wel wat vragen.’ Ik probeer zo goed mogelijk te laveren tussen wat de dochter wel wil weten, de moeder niet wil weten, en ikzelf eigenlijk niet kan weten.

‘Nu wil ik wel naar huis’, herhaalt moeder. ‘Daar ben ik het liefst. Thuis, in mijn stoel, heb ik een prachtig uitzicht op mijn Japanse esdoorn. Kent u die boom?’ Dochter begint ongeduldig op haar stoel heen en weer te schuiven. ‘Mam, heb je die volle wachtkamer gezien? Dokter heeft meer te doen dan praten over je Japanse esdoorn.’ Moeder kijkt me vriendelijk aan en zegt: ‘Die paar minuten maken niet zoveel verschil, wel?’ Ik denk aan de orthopeden en zeg: ‘Nee hoor.’

Moeder begint in detail haar boom te beschrijven, hoe de bladeren er nu uitzien en welke kleur ze hebben in de herfst, hoe ze ruiken en dat de boom geen dag hetzelfde is. ‘En weet u wat het mooiste is’, zegt ze. ‘Er woont een Japanse mijnheer bij mij in de straat, en telkens als hij er langsloopt stopt hij, en aait hij een van de bladeren, en dan glimlacht hij en loopt weer verder. Dat was het, nu gaan we echt naar huis.’ Ik geef mevrouw een hand en bedank haar in gedachten voor deze kleine les in mindfulness.

Kris Mooren
Longarts Kennemer Gasthuis, Haarlem

Herman Jan Pennings: “de uitdaging blijft maar eens is het genoeg”



Herman Jan Pennings, longarts in het Laurentius Ziekenhuis in Roermond is sinds april 2007 secretaris van de NVALT. Nu, na 8 jaar, is het tijd om het stokje over te dragen aan Thomas Macken. We kijken met hem terug op zijn periode als bestuurslid.

Hoe heb je jouw tijd als secretaris ervaren?

Toen ik aantrad als secretaris in april 2007, was ik tevoren benaderd door de toenmalige secretaris Jos Rooijackers. Ik werkte binnen het Longrevalidatiecentrum Hornerheide als longarts en toen Jos zijn activiteiten als secretaris omschreef, leek mij dit een prima manier om mijn horizon te verbreden en kennis te maken met het bestuurlijk veld van de Longartsenvereniging. Ik had mij niet gerealiseerd hoe breed dit werkveld echt is. Je hebt werkelijk met het gehele palet stakeholders binnen de gezondheidszorg te maken: vanaf de politiek (ministerie VWS), de zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland), de patiënt (Longfonds), de

eigen leden, andere wetenschappelijke verenigingen alsook de Orde van Medisch Specialisten (nu de Federatie). Het was werkelijk een woud van afkortingen wanneer ik samen met Trudy de agenda van de bestuursvergaderingen aan het voorbereiden was en zeker in het begin was het altijd even zoeken om het belang van stukken en hun prioritering juist in te schatten. Het heeft zeker een jaar gekost om de juiste contacten binnen de andere organisaties te vinden en een eigen netwerk op te bouwen. Ik denk dat het minstens nog een jaar gekost heeft om dit eigen netwerk te ontwikkelen en naamsbekendheid te verwerven. En los daarvan, je moet ook het vertrouwen van anderen winnen om ook voor je vereniging effectief te kunnen werken.

Persoonlijk heb ik de oprichting van de Longalliantie Nederland als een belangrijke stap ervaren om als NVALT, door de samenwerking met patiëntorganisaties, belangrijke longonderwerpen op de politieke agenda te krijgen. Daarnaast was ik als secretaris actief betrokken bij overleg met de overheid (Inspectie Gezondheidszorg, Zorginstituut Nederland, arrangementen vanuit VWS) en heb ik het als een grote stap binnen de vereniging ervaren dat de NVALT en ERS formeel de samenwerking zochten waarbij er uiteindelijk na jaren een contract tot stand gekomen is. Hier hebben wij ons als vereniging de afgelopen jaren erg sterk voor gemaakt binnen de

Federatie van Europese Longartsen Verenigingen (FERS).

Los van al deze externe contacten is het meest belangrijk dat er in al die acht jaren binnen het Bestuur altijd een zeer collegiale en vriendschappelijke sfeer heerste, waarbij iedereen zich verantwoordelijk voelde en ook ruimte aan anderen bood om met mandaat hun werkzaamheden uit te voeren. Tevens mogen wij blij zijn met onze dames van het secretariaat, waarmee ik al die jaren zeer prettig heb mogen samenwerken. Zij vormen echt de spil van onze vereniging.

Wat heb je zelf van deze functie geleerd?

Het gaat te ver om alle activiteiten op te noemen waar ik mij de afgelopen jaren mee bezig heb gehouden, maar de ervaringen die je opdoet door werkzaamheden binnen het bestuur zijn mij zeer goed van pas gekomen in mijn werkzaamheden als longarts/medisch manager van mijn vakgroep. Door het brede scala aan onderwerpen en diversiteit van personen binnen het landschap van de gezondheidszorg neem je kennis van overwegingen van andere groepen, waar je normaliter als praktiserend longarts niet snel mee in contact komt. Ook het opbouwen en onderhouden van je eigen netwerk is iets wat tijd kost en waarin je moet leren je eigen identiteit te ontwikkelen. In al die jaren heb ik met zeer veel leden van de NVALT contact gehad en het viel mij op hoe constructief men zich opstelt als de vereniging weer eens een beroep op de betreffende persoon wilde doen.

Ik kan iedereen van harte aanbevelen om eens een periode als bestuurslid te functioneren. Volgens mij worden in ieder geval je Canmeds-vaardigheden maximaal gestimuleerd!

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

Zoals boven al aangegeven is er in die acht jaren veel gebeurd. Ik denk dat er met de overgang van een ledenvereniging naar een wetenschappelijke vereniging met een meerjarenbeleidsplan al een goede basis voor verdere ontwikkeling in gezet is. Daarnaast is het voor de ontwikkeling van de wetenschap ook goed geweest, dat wij als NVALT hebben bijgedragen aan de oprichting en ontwikkeling van de NRS (Netherlands Respiratory Society), waarbij ik overigens van mening ben dat beide organisaties verder naar elkaar zouden moeten groeien. Ik denk dat op dit moment de grootste veranderingen aan de gang zijn: enerzijds de toetreding van de NVALT tot de Federatie (FMS), waarbij veel verenigingen gezamenlijk optrekken op allerlei beleidsterreinen, anderzijds de beoogde nieuwe organisatiestructuur van onze vereniging, zoals in concept weer

gegeven in ons nieuwe beleidsplan kwaliteit. Op deze wijze spiegel je eigenlijk de organisatiestructuur van de vereniging aan de structuur van de Federatie, waardoor je de diverse beleidscycli optimaal op elkaar kunt afstemmen. Ik zou ook graag de samenwerking met de ERS willen benoemen, maar dit proces is nog in ontwikkeling, waardoor er hierover nog geen uitspraken te doen zijn. Vast staat wel dat de ERS een zeer grote organisatie gaat worden, waarbij wij er als Nederlandse longartsen/onderzoekers zorg voor dienen te dragen dat onze stem gehoord blijft worden. Dit zal zeker in goede handen zijn bij de huidige voorzitter, Liesbeth Bel.

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

Het was een mooie tijd, maar de continue beschikbaarheid voor vragen omtrent de vereniging of bereikbaarheid bij problemen trekt wel een wissel, zowel privé als op je werk. Ik heb altijd op veel steun mogen rekenen zowel van het thuisfront als van mijn collega's, zeker als er weer op het laatste moment een vergadering, teleconferentie

etc. belegd moest worden. Maar het vele reizen, zeker vanuit de regio Roermond, maakt wel dat een vergadering in Utrecht of Den Bosch nogal eens uitmondt in nachtwerk. Om effectief te kunnen zijn is minimaal een periode van vier jaar vereist, over een tweede periode van vier jaar zou ik nu nog wel een keer nadenken. Zoals gezegd, de veelheid aan uitdagingen maakt het aantrekkelijk om door te gaan, maar eens is het genoeg. Ik vind het na acht jaar een mooi moment om het stokje over te dragen.

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

Geen enkel probleem, ik heb een gezin met echtgenote en studerende kinderen, die mij van de nodige uitdagingen voorzien. Daarnaast heb ik voldoende hobby's zodat ik mij zeker niet zal vervelen. Ik woon in een mooie omgeving met veel landschappelijke en culinaire uitdagingen, dus het invullen van mijn extra tijd kost geen moeite.

Welk advies heb je voor je opvolger?

Ik hoop dat hij met net zo veel plezier deze functie zal vervullen als ik de afgelopen jaren heb gedaan.



Samenvatting proefschrift Rik (G.J.) Marcellis

EXERCISE CAPACITY, MUSCLE STRENGTH AND FATIGUE IN SARCOIDOSIS

**Aula, Universiteit Maastricht,
26 juni 2015, 12.00 uur**
**Promotor: prof. dr. M. Drent,
hoogleraar interstitiële longaandoeningen, Universiteit Maastricht**
**Copromotor: dr. A.F. Lenssen,
wetenschappelijk onderzoeker, MUMC**

Sarcoïdose is een multisysteemaandoening. Naast orgaan-specifieke klachten ervaren patiënten frequent niet-orgaan specifieke symptomen, zoals vermoeidheid, spierzwakte en inspanningsintolerantie. Deze functiebeperkingen kunnen leiden tot problemen tijdens het dagelijks functioneren en een vermindering in kwaliteit van leven.

Bij verscheidene chronische aandoeningen is fysieke training effectief gebleken ter behandeling van fysieke beperkingen. Tot op heden is er weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van training bij sarcoïdose. Desondanks worden sarcoïdosepatiënten met fysieke beperkingen verwezen naar een fysiotherapeut. Vanuit het oogpunt van evidence-based practice is wetenschappelijk onderzoek wenselijk ter onderbouwing van deze behandeloptie. Allereerst is het van

belang vast te stellen in welke mate fysieke beperkingen voorkomen bij sarcoïdosepatiënten.

Dit proefschrift heeft dan ook tot doel het onderzoeken van de prevalentie van fysieke beperkingen bij sarcoïdose, de meerwaarde van het gebruik van fysieke testen in de begeleiding van sarcoïdosepatiënten en tenslotte het bepalen van de invloed van fysieke training op fysieke functies en kwaliteit van leven bij deze patiëntenpopulatie.

Vermoeidheid, inspanningsintolerantie en spierzwakte blijken frequent voorkomende problemen te zijn met een aanhoudend karakter bij sarcoïdose. Opvallend is dat zowel patiënten met als zonder vermoeidheidsklachten te kampen hebben met fysieke beperkingen.

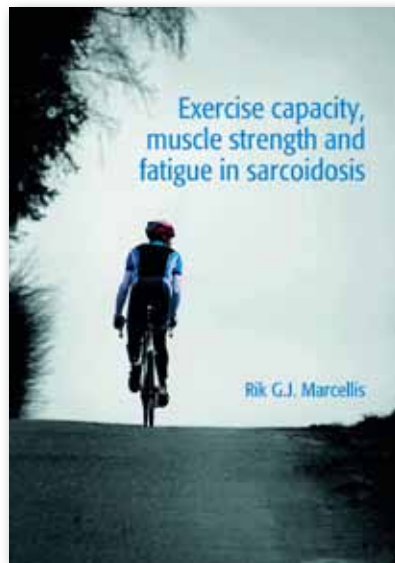
Voor het objectiveren van fysieke beperkingen zijn geschikte meetinstrumenten noodzakelijk. Regulier uitgevoerde klinische testen, zoals longfoto's, longfunctie- en bloedonderzoek, blijken veelal niet in staat om fysieke beperkingen en de kwaliteit van leven bij sarcoïdose op de juiste wijze in kaart te brengen. In vergelijking met longfunctietesten blijkt een cardiopulmonale

inspanningstest een duidelijke meerwaarde te hebben ter bepaling van een gaswisselingsstoornis tijdens inspanning bij sarcoïdosepatiënten met onverklaarbare symptomen. Aangezien fysieke testen, zoals inspannings- en spierkrachttesten, geschikt zijn om fysieke beperkingen in kaart te brengen, wordt aanbevolen deze testen toe te voegen in de multidisciplinaire begeleiding van sarcoïdosepatiënten.

Vermoeidheid en inspanningscapaciteit zijn van invloed op de kwaliteit van leven, suggererend dat beiden aangrijpingspunten kunnen zijn voor therapie ter verbetering van de kwaliteit van leven van sarcoïdosepatiënten. Ondanks dat longrevalidatie tot de standaard zorg behoort van patiënten met COPD, is het aantal wetenschappelijke onderzoeken naar de effectiviteit van fysieke training bij sarcoïdose schaars. In dit proefschrift wordt een pilot onderzoek beschreven, waarin een 13 weken durend fysiek trainingsprogramma vermindering van vermoeidheidsklachten en verbetering van zowel de fysieke functies als de kwaliteit van leven laat zien.

De keuze voor de behandeling en begeleiding van sarcoïdosepatiënten hangt af van de symptomen en ernst

van de functionele stoornissen. Medicamenteuze therapie is in veel gevallen ontoereikend voor adequate behandeling van fysieke beperkingen. Training kan derhalve een goede aanvulling zijn op de huidige standaard behandelopties. Om deze bevindingen uiteindelijk toe te kunnen voegen aan het zorgpakket van sarcoïdosepatiënten dient vervolgonderzoek plaats te vinden, waarna implementatie in de klinische praktijk kan plaatsvinden. Hiervoor is het essentieel om duidelijke afspraken te maken met de zorgverzekeraars. Zij bepalen of fysiotherapeutische interventies worden opgenomen in het chronisch zorgpakket voor sarcoïdosepatiënten. Dit is voor de patiënten en het uiteindelijke effect op lange termijn van groot belang. De verwachting is dat het objectiveren van de klachten gepaard zal gaan met meer erkenning hiervoor en de ontwikkeling van een behandelprogramma op maat zal stimuleren. Tevens is het idee



dat deze aanpak zal leiden tot een beheersing van kosten die gepaard gaan met de behandeling van sarcoïdosepatiënten. Het volledige proefschrift is te vinden op www.ildcare.nl onder 'Onderzoek, Proefschriften' (<http://www.ildcare.nl/index.php/proefschriften/>).

CV

Rik Marcellis (1981) heeft in 2006 zowel de opleiding fysiotherapie aan de Hogeschool Zuyd te Heerlen, als de studie Bewegingswetenschappen aan de Universiteit Maastricht te Maastricht afgerond. Sinds mei 2006 is hij werkzaam als fysiotherapeut op de afdeling fysiotherapie van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC). Vanaf november 2013 is hij tevens verbonden als docent aan de Zuyd Hogeschool in Heerlen.

In 2009 is hij zijn promotietraject gestart in het MUMC onder leiding van prof. dr. Marjolein Drent, promotor en dr. Ton Lensen, copromotor. Zijn proefschrift met als titel 'Exercise capacity, muscle strength and fatigue in sarcoidosis' hoopt hij op 26 juni te verdedigen aan de Universiteit Maastricht.
e-mail: rik.marcellis@mumc.nl.

Long fibrosis: **Hot topics**

Het was een mooie dag! Een échte aanrader! Het jaarlijks Jules van den Bosch Symposium georganiseerd door het St. Antonius Ziekenhuis was weer een groot succes. Dit jaar heeft Professor Grutters en zijn ILD-team, te weten Coline van Moorsel, Marcel Veltkamp en Frouke van Beek, ons op een zeer wetenschappelijke, doch praktische wijze in de wereld van longfibrose laten duiken. En wat is deze wereld in beweging!

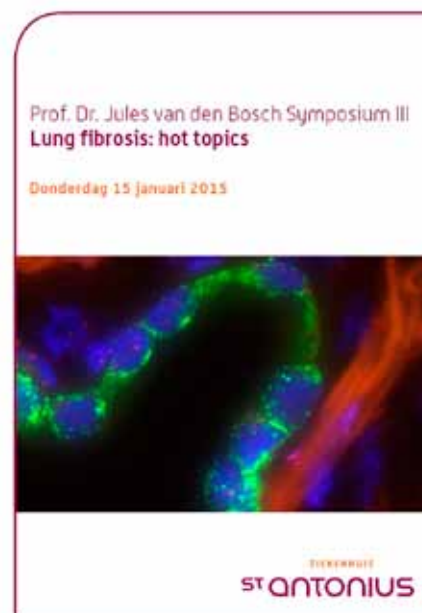
Het begint al met het stellen van een juiste diagnose. Gezien 5% van de 50-plussers fibrotische laesies op de CT-scan heeft, blijft het soms lastig om een adequate diagnose te stellen. Met haar presentatie over de huidige classificatie van longfibrose heeft professor Prasse uit Hannover ons duidelijk gemaakt hoe men stapsgewijs tot een adequate diagnose kan komen. Zo gaat er ook veel aan vooraf voordat een consensus diagnose van UIP-IPF kan worden gemaakt, naast het minutieus uitpluizen van een anamnese moet er in teamverband naar beeldvorming, BAL uitslagen en eventueel PA uitslagen gekeken worden.

Vervolgens kreeg de dag een internationaal tintje met de spannende presentatie van Professor Wuyts van het Universiteitsziekenhuis Leuven. Hij sprak over de nieuwe inzichten in de pathogenese van longfibrose/UIP. Het is duidelijk dat inflammatie niet langer de "leading cause" is in het ontstaan van fibrose en dat om deze reden anti-inflammatoire middelen geen plaats meer hebben in de behandeling daarvan. Nee, volgens Prof. Wuyts moeten er nieuwe paradigma's komen over UIP, en die zijn er! Denk aan

alveolaire epitheliale dysfunctie, de correlatie tussen IPF en latente virale infecties, aan extra-cellulaire matrix remodelling en aan de invloed van ons immuunsysteem op IPF (CCL18, CD4, B-cel implicatie?). Soit, genoeg werk aan de winkel en inspiratie op te halen!

Radioloog dr. Van Es maakte ons met een erg sprekende presentatie duidelijk welke centrale en essentiële rol de HRCT en de adequate beoordeling daarvan speelt in ILD-wereld en zeker in die van longfibrose. De huidige radiologische technieken maken het steeds makkelijker om slechts op enkel radiologische beelden een juiste diagnose te stellen. Zo kan sarcoïdose bijvoorbeeld prachtig in beeld gebracht worden middels de MPR, MIP en minIP opnames en een UIP vastgesteld worden enkel op beeldvorming mits de criteria van Raghu nauwkeurig toegepast worden. Na de pauze ging de internationale invulling van deze dag verder met prof. Poletti van het Ospedale GB Morgagni – L. Pierantoni in Italië en zijn presentatie over de rol van cryobiopsie in UIP. Hij onderstreepte het feit dat de richtlijnen adviseren om PA te verkrijgen bij beelden die inconsistent zijn voor UIP maar dat dit maar in 15% van de gevallen daadwerkelijk gebeurt. Daarom past hij transbronchiale cryobiopsie toe in zijn ziekenhuis.

Er werden "live stream" beelden van de procedure getoond, erg leuk! Ondanks een kans van 25% op het ontstaan van een iatrogene pneumothorax werd deze procedure aanbevolen omdat het gering invasief is met slechts 1% kans op exacerbatie IPF tegen 5% kans na VATS.



Dr. van Moorsel gaf vervolgens een inspirerende presentatie over de genetische achtergrond van sommige vormen van longfibrose die in 20-30% van de gevallen familiair bepaald zijn. Mutaties in SFTPC, SFTPA2 en TERT-TERC genen en hun klinische relevantie zijn de revue gepasseerd. Een indrukwekkende wereld die van ons genoom. De IPF-patiënt in onze samenleving werd centraal gesteld in de presentatie van Drs. van Beek en Mw. Naber (bestuurslid Longfibrose patiëntenvereniging) waarbij de nadruk werd gelegd op het belang van de Longfibrose patiëntenvereniging als communicatie orgaan voor de patiënten onderling en tussen de patiënten en de artsen.

Een van de belangrijkste ontwikkelingen in IPF betreft de komst van de twee nieuwe middelen Pirfenidon en Nintedanib. Dr. Velkamp heeft hier met zijn presentatie bij stilgestaan en de verschillende studies over deze

middelen op een rijtje gezet (o.a. NAC-trial, Panther, CAPACITY, ASCEND en INPULSIS-trials).

Na een leerzame zijstap naar de long-transplantatie als laatste redmiddel voor end-stage longfibrose en de (contra-) indicaties daarvan gaf Prof. Grutters een verhelderende presentatie over de organisatie van de IPF zorg in Nederland. Er is al veel bereikt. Er bestaan inmiddels twee expertisecentra die o.a. Pirfenidon

uit mogen schrijven, te weten het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein en het Erasmus MC te Rotterdam. Beide centra fungeren als referentiecentra voor vele "satellietziekenhuizen" verspreid door het hele land. Daarnaast is een nationaal IPF expert panel opgezet voor casussen waarbij geen MDO-consensus bereikt is.

De ILD-wereld en longfibrose in het bijzonder is in volle beweging en dat

is mij tijdens deze fantastisch leerzame dag duidelijk gemaakt. Kortom, voor herhaling vatbaar!

Mariette Goezinne,
AIOS Longgeneeskunde Medisch
Spectrum Twente, Enschede

ILD cursus Davos 2015

Van 26 tot 29 januari 2015 namen wij deel aan de ILD cursus in Davos. Een 4 daagse cursus, georganiseerd door de afdeling longziekten, radiologie en pathologie van het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, in samenwerking met het OLVG te Amsterdam en het Maasstad ZH te Rotterdam.

In onze kliniek in ieder geval een verplichte cursus voor alle AIOS, en nu begrijpen we waarom. En dit besef was er blijkbaar niet alleen in onze kliniek gezien de grootte en diversiteit van de groep. De aanwezigheid van reumatologen, radiologen en pathologen naast longartsen en longartsen in opleiding liet nogmaals zien dat ILD een palet van aandoeningen is waarvoor een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is.

Na een reis per auto, vliegtuig en/of trein arriveerden de verschillende deelnemers in Davos.

De dagen waren verdeeld in een ochtend- en middagprogramma waarbij tussenin enkele uren vrij te besteden waren naar eigen invulling. Er passeerde een interessant en gevarieerd programma, er werd aandacht aan de pathogenese en HRCT van ILD besteed, een dag aan sarcoïdose en andere granulomateuze ziekten, ILD bij systeemziekten en op de laatste dag was er nog aandacht voor de overige zeldzamere ILD's. Daarnaast was er de mogelijkheid aan het einde van dag 3 om deel te

nemen aan de pathologie verdieping waarbij de betrokken pathologen met enthousiasme een scala aan bipten toonden. Hierbij, overigens gedurende de hele cursus, was er voldoende interactie. Dit mede door de ingebrachte casuïstiek van de deelnemers en de afsluitende quiz op dag 4. Ook was er de mogelijkheid het astmacentrum in Davos te bezoeken. De vrije middaguurtjes werden door de meesten besteed aan skiën en/of snowboarden. Maar ook de niet-skiërs konden genieten in Davos van bijvoorbeeld de mooie natuur, het winterzonnetje of van de wellness faciliteiten van het hotel. Aan het eind van de middag was er weer een cursus programma waarna de avond werd

afgesloten met een gezellige borrel. Uiteraard ontbrak de traditionele kaasfondue boven op de berg niet! Kortom, het is een leuke, leerzame, goed georganiseerde cursus waar de vele aspecten van ILD aan bod komen. Een absolute aanrader voor zowel de longarts in opleiding als de al meer ervaren longarts. En kom nu maar op met die patiënten. We zullen de longartsen, radiologen en pathologen eens laten zien wat we geleerd hebben!

Keetie van Loenhout, Barbara Hanraets en Marjolein van Laren
AIOS Longziekten,
Amphia Ziekenhuis Breda



Professor Dirkje Postma eervol onderscheiden

Als eerste niet-Amerikaanse heeft Dirkje Postma tijdens de recente ATS in Denver de prestigieuze Trudeau Medal in ontvangst mogen nemen. Deze prijs wordt uitgereikt aan degene die een langdurige en substantiële bijdrage heeft geleverd aan preventie, diagnose en behandeling van longziekten door toonaangevend te zijn in onderzoek, educatie en klinische zorg. Deze prijs is ingesteld in 1926 om Edward Livingston Trudeau te eren, die de oprichter en eerste president was van de American Lung Association.

Dirkje heeft zowel bij astma als bij COPD zeer veel onderzoek verricht,

zoals blijkt uit de meer dan 800 peer reviewed papers die door haar zijn gepubliceerd. Het onderzoek varieert van het aantonen van hyperreactiviteit en eosinofilie als risicofactor voor COPD tot het aantonen van het belang van inhalatiesteroiden bij astma en COPD. Daarnaast heeft ze aangetoond dat bij astmapatiënten de genen voor hyperreactiviteit en IgE gelegen zijn op het chromosoom 5q. Het feit dat ze al langer erkend wordt als een zeer groot wetenschapper blijkt uit de "visiting professorships" die haar ten dele vielen in Harvard, McMaster and Sydney. In dit rijtje mag natuurlijk de Spinoza prijs die ze

al kreeg uitgereikt in 2000 zeker niet worden vergeten.

De rode draad in haar onderzoek is altijd de wens tot samenwerking geweest, wat o.a. heeft geleid tot het oprichten van het GRIAC (Groningen Institute in Asthma and COPD). Van hieruit is en wordt veel onderzoek opgezet, zowel nationaal als internationaal. Ik denk dat velen het met mij eens zijn dat Dirkje deze eervolle prijs meer dan verdient en dat Nederland trots mag zijn een degelijke "topper" in haar midden te hebben.

Peter Wijkstra



Global Lung Cancer Journalist Award voor Sander de Hosson



De patiëntenorganisatie Longkanker Nederland verraste Sander de Hosson met de Global Lung Cancer Journalist Award. De prijs wordt jaarlijks uitgereikt aan degene die ervoor zorgt dat mensen met longkanker op een goede manier in het nieuws komen. Wij willen Sander van harte feliciteren met deze bijzondere prijs.

De Global Lung Cancer Coalition (GLCC) is een wereldwijde organisatie die zich inzet voor betere longkankerzorg en meer aandacht voor mensen met longkanker. Wereldwijd zien alle leden van de verschillende landen zich geconfronteerd met dezelfde uitdaging. Er zijn heel veel mensen met longkanker maar zien of horen doen we ze nauwelijks. Dit heeft verschillende oorzaken: mensen

met longkanker overlijden helaas meestal snel - vaak al binnen het jaar - na de diagnose. En het stigma rond longkanker ("eigen schuld dikke bult", had je maar niet moet roken) moedigt ook niet aan om van je te laten horen. Daarom wordt in elk land waar een GLCC-lidorganisatie is deze prijs uitgereikt. Longkanker Nederland heeft dit jaar longarts Sander de Hosson van het Wilhelmina Ziekenhuis Assen uitverkoren om de prijs in ontvangst te nemen.

"Zeer betrokken"

De motivatie van Longkanker Nederland om de prijs aan Sander de Hosson te gunnen: "De Hosson twittert, schrijft blogs en geeft interviews en doet dit op een weloverwogen en zeer betrokken

wijze. De longarts schrijft over onderwerpen die mensen met longkanker echt bezighouden. Hij schuwt daarbij niet de ingewikkelde en lastige onderwerpen als palliatieve sedatie, euthanasie en de angst die veel mensen met longkanker hebben: ga ik dood doordat ik zal stikken? Zijn blog over de patiënt die koos voor euthanasie en dokter De Hosson een fles wijn aanbood om het leven te vieren is honderden keren gelezen en gedeeld. Weinig mensen hebben deze blog met droge ogen gelezen. Sander de Hosson beschrijft op een openhartige en respectvolle manier het euthanasietraject, zowel van zijn kant als dat van zijn patiënt. Dat maakt hem de terechte winnaar van deze prijs." De blogs van Sander zijn te vinden op shosson.webnode.nl.



Blog Sander de Hosson

Saint Emilion Grand Cru

Met ingehouden adem loop ik ver na reguliere werktijd, precies op het afgesproken tijdstip, naar de longafdeling, waar een van mijn patiënten op mij ligt te wachten. Ik herhaal de vraag die mij al dagenlang een groot deel van mijn nachtrust heeft gekost: "Ga ik dit echt doen?".

In de krant zie ik steeds vaker dat mensen schrijven over euthanasie alsof het voor een dokter de gewoonste zaak van de wereld is. Alsof het 'er gewoon even bijhoort'. Dat je kan vragen om euthanasie en dat de arts dat dan wel 'even' regelt. Dat de procedure in feite een formaliteit is. Het gemak waarmee soms gedacht wordt over deze ingrijpende procedure voor alle betrokken partijen, verbaast mij steeds weer. Laat ik duidelijk zijn, ik ben zeker principieel voorstander van euthanasie, mits op goed afgewogen gronden. Slechts zelden lees ik over de arts die een euthanasie uitvoert. Over mijzelf. Over de heftigheid van de procedure. De impact die het op jezelf heeft. Alles dat op mijn werk gebeurt, vervaagt in de korte rit terug naar huis. Longkanker, een slecht nieuws gesprek, de dood, ook palliatieve sedatie. Elke dag. Gelukkig maar.

Euthanasie is een grote uitzondering. De beelden van elke casus waar ik bij betrokken was, blijven hangen. De gedachten aan mijn handelen rond dit bijzonder medisch handelen willen niet uit mijn hoofd. Ik kan alle euthanasie casus waar ik tot nog toe bij betrokken ben als een stenograaf oproepen. Veelal mooie beelden van een waardige dood. Een prachtig afscheid. Maar ook rauwe beelden van

het plannen van een tijdstip en vooral, ja vooral de loodzware wandeling op het moment van de afspraak. De oudere meneer in kwestie ken ik al ruim een jaar. Ik begeleid hem op mijn polikliniek met een allerverschrikkelijkst longfalen. De gedeeltelijk mislukte poging tot longrevalidatie was vrij geruisloos overgegaan in morfinetabletjes. Zijn gewicht was een puinhoop. De laatste tijd gaat het erg achteruit en met name de nachten zijn erg benauwd. 'Een schim van de man die hij ooit was', had zijn dochter metaforisch uitgelegd en ik kon haar onmogelijk ongelijk geven. De benauwdheid had hem angstig gemaakt. Er waren gesprekken gevoerd door een psycholoog, een geestelijk verzorger. Uiteindelijk had hij ook tegen de angst pillen gekregen. Tijdens zijn huidige opname was het hoge woord eruit gekomen: "Wilt u mij een spuitje geven? Maak mij dood, want zo kan ik niet langer." Ik had de huisarts gebeld. Deze bevestigde het verzoek dat ook daar al gedaan was en faxte een verklaring. Een SCEN-arts kwam. Akkoord. Twijfel bij mij: "Was dit de weg naar de beste palliatie, naar het beste levenseinde? Hoe sta ik er zelf eigenlijk in?" Ik moest hem nog eens zien. De man. Grauw. Benauwd. Vastberaden. Moediger dan ik. Hij had me indringend aangekeken toen ik er nog eens over begon. Zijn antwoord stond in de uitdrukking van zijn ogen. Daar vond ik de invoelbaarheid van dit ondraaglijk lijden, de bevestiging waar ik op zoek naar was.

Terwijl ik de longafdeling oloop, is deze compleet uitgestorven. Het lijkt wel alsof iedere patiënt en

iedere verpleegkundige op deze doorgaans luidruchtige afdeling met dit moment en deze patiënt bezig is. Ze hebben zich vast ademloos achter de kamerdeuren en in de toiletten verscholen, fantaseer ik. Vanuit hun schuilplaats volgen zij mijn gangen. In de overdrachtsruimte tref ik de keukenzuster. Weinig woorden, zo veel steun. "Kom straks een kop koffie drinken." Het kamertje achter in de gang. De verpleegkundige, vrijwillig opgegeven voor deze dienst, gaat me voor.

"Eindelijk", zegt hij.

Ik heb me op dit moment voorbereid, maar 'Wat moet je in godsnaam zeggen'. De oudere meneer maakt korte metten met mijn onzekerheid. "Ga zitten!" Hij pakt vol trots een prachtige fles. "Saint Emilion, Grand Cru 2007". "Ik ga in stijl". We wisselen wat zinnen, ontspanning. Humor. Zijn dochter staat met tranen in de hoek. Bijna vaderlijk neemt hij de regie uit mijn handen. "Doe het maar", moedigt hij mij aan. Ik prevel onsamenvangende dingen over 'sterkte en succes'. Volslagen belachelijk. Zijn ogen glimmen. Zijn dochter pakt hem vast. Een kus, twee op elkaar lijkende handen samengevouwen. Hij spreekt zachte woorden die zijn dochter en ik alleen kunnen opvangen. Ze zijn zo mooi en zo intiem dat ik meteen bedenk ze nooit meer hardop te herhalen.

Ik geef het eerste middel en deins terug. 'Slaapt hij? Hij slaapt.' Mijn hart lijkt over te slaan, sneller. langzamer. Zweethanden. Fragmenten van

gedachten. Flitsen. Een klok. De tijd. Stille. Bomen buiten. Wind. De hand van de verpleegkundige, een spuit, vloeistof. We trillen. Het tweede middel, ik spuit het in. Daar gaat het; heel snel. Ik heb het gedaan. Het is gebeurd. Ik ben bang. Bang dat hij niet dood zal gaan. Of eigenlijk ben ik vooral bang dat hij wel dood zal gaan. Bizarre, verwarrende gedachten. Paradoxaal.

Zijn ogen staan wijd open en kijken me aan. Zijn ademhaling wordt rustiger, stopt. Ineens, echt in fracties van seconden, veranderen die zo rustgevende ogen van vorm en kleur. Van helderblauw worden ze troebel. Zijn gelaatskleur verandert ook; hij is dood.

De keukenzuster schenkt koffie in de keuken van de nog steeds totaal

Ik ben bang. Bang dat hij niet dood zal gaan. Of eigenlijk ben ik vooral bang dat hij wel dood zal gaan. Bizarre, verwarrende gedachten. Paradoxaal.

verlaten, in avondschemer gehulde afdeling. Een gespannen stilte op zo'n prachtige woensdagavond in de lente. In de verte de geluiden van een druk terras, gelach. Kinderen die voetballen op het plein. Het mooie leven. Een arm op mijn schouder. "Het is goed". Met haar overdenk ik de bizarre gebeurtenissen van de afgelopen 15 minuten. Rationeel voelt het zo goed, maar gevoelsmatig sta ik in lichterlaaie. Bluswerkzaamheden.

Al snel komt de assisterende verpleegkundige binnen. Mijn collega die in huis gebleven is. Een bijzondere samenzwering in de keuken. "The hell met het protocol", hoor ik me zeggen. Ik trek de kurk los. Met z'n vieren drinken we op zijn zeer uitdrukkelijk verzoek de fles wijn die nog over is. Op zijn leven. Op zijn dood.

Euthanasie. Een onderdeel van het vak als specialist of als huisarts. Als ik naar huis rijd, bedenk ik dat ik de nacht ervoor nooit goed zal slapen. Nooit zal ik vinden dat het 'er gewoon bij hoort'. Nooit zal het een 'formaliteit' zijn.

Want dat is het niet.

Sander de Hosson,
Wilhelmina Ziekenhuis, Assen

In PulmoScript van vorig kwartaal heeft u kunnen lezen over het onderzoek van Sam en Jurre, twee scholieren van het 6e gymnasium in Amsterdam. Anco Boonstra, opleider en longarts in het VUmc was hier dusdanig enthousiast over dat hij de jongens een mail stuurde. De betreffende mailwisseling willen wij u niet onthouden.

Reactie op het werkstuk van Sam en Jurre

Beste Sam en Jurre,

Ik heb genoten van jullie werkstuk! Het gaat precies over de onderwerpen waar ik dagelijks mee bezig ben en die ik leuk vind.

Jurre zegt weliswaar dat hij zich over 10 jaar niet bezig ziet zijn met wetenschappelijk onderzoek, maar dit werkstuk liegt er niet om. Geweldig hoe jullie een originele vraagstelling met harde methoden hebben proberen uit te zoeken en hoe systematisch jullie dit hebben vastgehouden. Jullie tonen je echte 'research tigers'.

Een van de mooiste dingen uit onderzoek doen is serendipiteit. Dingen vinden waar je eigenlijk niet op zoek was. Ik denk dat jullie juist dat hebben gevonden. Je vraagt je in de discussie af waarom niet alles is zoals je verwachtte. Daarbij hebben jullie helemaal aan het begin de longen beschreven als een ding wat volume bevat en daar lucht mee verplaatst. Maar een long is meer. Naast de volumes verplaatsen gaat er ook bloed doorheen en zit het samen met een hart in een ribbenkooi.

Het leuke is dat jullie dingen denken over volumes maar eigenlijk alleen dingen meten die met bloedsomloop en hart te maken hebben. En dan ook nog verschillen meten. Het zou een mooi vervolg zijn als nieuwe werkstuk studenten uit gingen zoeken hoe dat nu eigenlijk komt. Dr. de Hosson maar ook ik willen daar vast wel input voor leveren.

Daarnaast is het publiceren van jullie werkstuk een goede actie van het bestuur van de longartsenvereniging. Het maakt de leden er attent op dat longziekten meer leeft als wij wel eens denken. Maar we moeten er wel open voor staan.

Dank jullie wel voor dit geweldige artikel.

Anco Boonstra, longarts Amsterdam

Beste Anco,

Wat fijn dat ons werkstuk zo goed wordt ontvangen!

Tijdens het voorbereiden van de decentrale selectie-toets geneeskunde ontdekte ik pas hoeveel meer de longen zijn dan de 'zak met lucht' zoals Jurre en ik de longen in ons werkstuk hebben benaderd. Hoe sterk ze verbonden zijn met de omliggende structuren. Over een vervolgonderzoek hebben we nagedacht en zeker met aankomende geneeskunde studie in gedachten zit dat er wel in. Uw input zal erg gewaardeerd worden.

We waren zeer aangenaam verrast toen we te horen kregen over het interview in PulmoScript en zijn blij dat het ook naast het vergroten van onze trots iets teweeg heeft gebracht. Ik zou het bijzonder waarderen om bij gelegenheid kennis te maken, wellicht bij een van uw colleges.

Nogmaals bedankt voor de geweldige reactie!

Sam Geerders

De redactie van PulmoScript ontving onderstaande mail van een van onze gepensioneerde leden die op onfortuinlijke wijze te maken kreeg met het regionaal tuchtcollege. Hij is bereid om de uitspraak in deze te delen met de lezers van PulmoScript om het belang van het volgen van de richtlijn te onderstrepen.

Tuchtzaak

Geachte redactie,

Bijna anderhalf jaar na mijn praktijkbeëindiging en mijn afscheid van collega's en ziekenhuis werd ik "verblijd" met een klacht bij het regionaal tuchtcollege. Het betrof onder meer een omissie mijnerzijds bij de behandeling van een patiënt met longkanker, die 9 maanden na mijn vertrek was overleden. Ik heb die fout erkend, de richtlijn was niet gevolgd. De zaak is intussen in eerste aanleg afgehandeld: ik kreeg een waarschuwing van de tuchtrechter. Aangezien ik inmiddels uit het register ben geschrapt heeft dit voor mij geen verdere consequenties. Al zit er nu wel een vlek op mijn blazoën.

Overwegende dat elk nadeel ook zijn voordeel heeft, bedacht ik dat deze ongelukkige zaak ook een nuttige educatieve kant heeft. Mocht de redactie het wenselijk achten om de PulmoScript-lezers nog eens te waarschuwen dat het niet volgen van de richtlijn kan leiden tot een kennismaking met de tuchtrechtspraak, dan heb ik er geen bezwaar tegen als

de beslissing van het tuchtcollege in deze zaak in uw/ons blad wordt opgenomen. Ik zend u de uitspraak in bijlage.

Overigens wil ik hierbij opmerken dat deze uitspraak niet de gehele en de volledige waarheid bevat, maar slechts een samenvatting van wat door het tuchtcollege werd waargenomen en als essentieel en relevant beoordeeld. Enkele punten in de beoordeling zijn zelfs onjuist, maar dat doet niet af aan de essentie van de zaak; In mijn haast en ijver om binnen de voorgeschreven termijn na het eerste polikliniekbezoek te starten met behandeling heb ik, nadat patiënt in collegiaal overleg was opgeplust van stadium II naar stadium III, vergeten een MRI-brein aan te vragen. Door het tuchtcollege is dat als verwijtbare nalatigheid beoordeeld.

*Met vriendelijke groet,
(naam is bekend bij de redactie)*

Onderstaande uitspraak is een verkorte versie van de beslissing van het regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg.

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit; het klaagschrift en diverse schriftelijke contacten.

1.2 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting waarbij de gemachtigde namens klaagster en verweerder ieder een (pleit)nota voorgedragen hebben die aan het College zijn overgelegd.

1.3 De klacht is behandeld.

2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting naar voren is gebracht gaat het College van de volgende vaststaande feiten uit.

2.1 De echtgenoot van klaagster heeft zich bij verweerder gepresenteerd met een verdachte afwijking op de thoraxfoto. Daarna is aanvullend onderzoek verricht. De uitslag van de PET scan en de longpunctie wees uit: Niet-kleincellig longkanker stadium III, geen uitzaaiingen op afstand. In het MDO overleg werd een behandeling middels chemotherapie en sequentiële radiotherapie geadviseerd. Concurrent chemo-radiotherapie werd niet haalbaar geacht vanwege het te grote bestralingsveld.

2.2 Daarna is met chemotherapie begonnen. Na de behandeling met chemotherapie zou een behandeling volgen met radiotherapie. Omdat na 2 chemokuren op de thoraxfoto nauwelijks/geen respons zichtbaar was werd besloten de 3e chemokuur te geven en nadien een CT scan thorax te laten verrichten. Indien inderdaad onvoldoende respons zou zijn, werd voorgesteld aansluitend op kuur 3 te starten met radiotherapie. Patiënt en klaagster zijn in dit stadium ook nog voor een second opinion gegaan naar het H waar dit advies werd onderschreven. Vervolgens is gestart met radiotherapie.

2.3 Bij een controleafspraak op de polikliniek is de vraag door patiënt en klaagster gesteld of er niet een CT scan dan wel misschien een MRI scan aangevraagd zou moeten worden. Op deze vraag heeft verweerder met patiënt en klaagster besproken dat hier op dit moment geen indicatie toe was omdat patiënt geen klachten had die aanleiding gaven tot aanvullende beeldvormende diagnostiek. (zoals ook beschreven in de geldende richtlijn). Derhalve is verweerder onder opgave van redenen niet op dit verzoek ingegaan.

2.5 Vijf maanden later kreeg de patiënt een epileptisch insult. Hij werd ingestuurd naar de eerste hulp van het F en opgenomen op afdeling neurologie. Vervolgens is een MRI van de hersenen verricht, waarop 13 uitzaaiingen in de hersenen zijn geconstateerd. Patiënt is hiervoor bestraald.

2.7 In verband met de uiteindelijk verslechterende toestand is patiënt in het ziekenhuis opgenomen. Drie weken nadien is hij op zijn verzoek naar huis gegaan, alwaar hij diezelfde dag is overleden.

3. De klacht

Klaagster verwijt verweerder, kort weergegeven:

- dat hij verzuimd heeft een MRI-scan van de hersenen te laten maken;
 - dat er sprake is geweest van incompetentie van de behandelend arts, dat onduidelijk was wie verantwoordelijk was en dat er sprake is geweest van miscommunicatie.
- Daardoor is een vertrouwensbreuk ontstaan tussen arts en patiënt en klaagster.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Wel heeft hij erkend dat hij bij de aanvang van de behandeling, toen de longtumor was geclassificeerd als stadium IIIB, ten onrechte geen MRI scan van de hersenen heeft laten maken. Daarop wordt hieronder verder ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 De richtlijn, waarop ook verweerder ter zitting doelt is de Landelijke richtlijn Niet-kleincellig longcarcinoom (Versie

2.0, datum Goedkeuring: 22-05-2011) . Onder het hoofd Metastasendiagnostiek zijn als aanbevelingen opgenomen " FDG-PET en MRI van de hersenen dienen bij patiënten met een NSCLC in klinisch stadium III te worden verricht" en "Het verdient de voorkeur om bij de screening naar hersenmetastasen gebruik te maken van een post-contrast MRI".

Door aan het begin van de behandeling geen MRI scan van de hersenen aan te vragen heeft verweerder, zoals hij ook heeft erkend, onjuist gehandeld. Dit is niet het geval met niet ingaan op het verzoek tijdens het gesprek met patiënt en klaagster om een CT-scan of een MRI-scan van de hersenen te laten maken.

Patiënt kwam op de polikliniek ter controle na een intensieve chemo-radiotherapeutische behandeling i.v.m. een stadium IIIB niet-kleincellig longcarcinoom. Zoals verweerder terecht heeft opgemerkt, was bij gebreke van symptomen op het moment van controle geen indicatie voor een palliatieve vervolgbehandeling en op dat moment was nader beeldvormend onderzoek daarnaar derhalve ook niet geïndiceerd. Dit heeft hij tijdens het gesprek trachten uit te leggen. Dat patiënt en klaagster dit toen niet hebben begrepen, is betreurenswaardig maar maakt de beslissing van verweerder niet verwijtbaar. Dit klachtonderdeel is gedeeltelijk gegrond.

5.5. De andere door klaagster geformuleerde verwijten zijn op miscommunicatie gebaseerd. Voor zover deze hiervoor nog niet besproken zijn, worden zij ongegrond geacht. De conclusie is dat verweerder in strijd heeft gehandeld met de zorg die hij ten opzichte van patiënt behoorde te betrachten zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Uit de bespreking van het eerste klachtonderdeel in overweging 5.1 blijkt dat deze klacht gedeeltelijk gegrond is, de overige klachtenonderdelen zijn ongegrond. De hierna vermelde maatregel zal worden opgelegd.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt: legt op de maatregel van waarschuwing.

Kandidaat-leden



Rogier Boshuizen
aios longziekten OLVG,
Amsterdam



Bart Hilvering
aios longziekten UMC Utrecht



Coen van Kan
aios longziekten OLVG,
Amsterdam



Bibi Klap
aios longziekten Rijnstate
Arnhem



Mirjam Kieft
aios longziekten AMC
Amsterdam



Jan-Willem Kroon
aios longziekten OLVG
Amsterdam



Lotte Mandigers
aios longziekten
Catharinaziekenhuis Eindhoven



Jill Mentink
aios longziekten Erasmus MC,
Rotterdam



David Prins
aios Medisch Centrum
Leeuwarden



Lysbert Schaap
aios longziekten UMCG,
Groningen



Alien Vos
aios longziekten Martini
Ziekenhuis Groningen



Gwendolyn Werkman
aios longziekten Isala
Klinieken Zwolle

Nieuw benoemde longartsen

Nicole Barlo opgeleid in St. Antonius Nieuwegein

Jan Brouwer opgeleid in Hagaziekenhuis Den Haag

Marieke Duiverman opgeleid in UMCG Groningen

Martin de Gier opgeleid in UMCU Utrecht

Marc Lanen opgeleid in AMC Amsterdam

Ruth Mies opgeleid in Radboudumc Nijmegen

Bart van Reemst opgeleid in Martini Ziekenhuis Groningen

Heleen Rietema opgeleid in VU Medisch Centrum Amsterdam

Nieuwe rustende leden

H. Nabers

Wijzigingen in uw persoonlijke gegevens kunt u doorgeven via het formulier op de website, of mailen naar: secretariaat@nvalt.nl. Denkt u hierbij in het bijzonder aan het wijzigen of opzeggen van uw lidmaatschap (b.v. van assistent naar longarts, van longarts naar rustend lid)?

Punten	Datum	Nascholing
JUNI 2015		
i.a.	20	"Guts or Guidelines" achtergrond en richting in CPR - Tilburg (NL)
17	21	Palliatieve Zorg bij COPD - Liverpool (GB)
12	22	Advanced Life Support 2014 - Kolham (NL)
4	22	Therapietrouw bij het gebruik van orale oncolytics - Amsterdam (NL)
11	23	Interventie endosonografie voor longziekten - Amsterdam Zuid-Oost (NL)
6	24	ReCertification Course - Riel (NL)
i.a.	24	The basis of clinical trial design - Alkmaar (NL)
5	25	OSAS Up to Date 2015 - Arnhem (NL)
6	25	ReCertification Course - Riel (NL)
12	25	ECMO cursus - Leiden (NL)
i.a.	26	Rare Disease Symposium / Familiaire Longfibrose - Nieuwegein (NL)
6	26	Acute intoxicaties - Gent (BE)
6	26	FCCS Train-the-trainer sessie 2015 - Houten (NL)
i.a.	26	Symposium Familiaire Longfibrose - Nieuwegein (NL)
JULI 2015		
12	2	Adjuvants in Allergy The Annual Scientific meeting - Amsterdam (NL)
12	2	MedicALS - Tilburg (NL)
12	9	Advanced Life Support 2015 - Houten (NL)
2	14	Longgeluiden - 567423 - Roermond (NL)
SEPTEMBER 2015		
18	2	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	3	Advanced Life Support 2015 - Houten (NL)
i.a.	4	Mythen, Missers & Maatwerk + Meesterwerk Infectieuze Bedreigingen 2015 - Veenendaal (NL)
24	5	Congress European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN 2015) - Lissabon (PT)
20	6	WCLC (Denver)
12	7	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	7	Advanced Life Support 2014 - Kolham (NL)
12	8	MedicALS - Tilburg (NL)
6	8	SALSA (Sedatie en Advanced Life Support voor Artsen) - Zwolle (NL)
6	9	Training MDS en KIIC volgens NICE/NVIC/NVICV - Utrecht (NL)
6	10	2nd Netherlands International Sepsis Symposium - Amsterdam (NL)
3	10	Videolaryngoscopy course - Amsterdam (NL)
12	10	NVIC Echografiecursus 2015 - Houten (NL)
12	14	Basis Spoedechografie 2015 - Houten (NL)
6	17	Paediatric Life Support (PLS) - Riel (NL)
i.a.	17	Symposium DOT-systematiek en bekostiging ziekenhuizen voor longartsen
12	17	Polytrauma Rapid Echo-evaluation Program 2015 - Houten (NL)
12	18	Advanced Airway Management cursus (SAMT-IC) - Amsterdam (NL)
21	18	International Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC 2015) - Joint Meeting met ICC - San Diego (US)
18	21	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	22	Simulatieworkshop Geavanceerde Hemodynamische Bewaking - Nijmegen (NL)
12	24	Advanced Life Support 2015 - Houten (NL)
20	26	ERS - Amsterdam (NL)
12	28	Generic Instructor Course 2015 - Houten (NL)

Punten	Datum	Nascholing
OKTOBER 2015		
12	1	Advanced HazMat Life Support 2015 - Houten (NL)
-	3	Hermes examen (Utrecht)
30	3	Annual Congres European Society of Intensive Care Medicine (ESICM 2015) - Berlijn (DE)
20	4	The New York Dutch Lung Cancer Course - Manhattan (US)
12	5	Advanced Life Support 2014 - Kolham (NL)
18	6	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
30	7	Infectious Diseases Week (ID week 2015) - San Diego (US)
12	8	Advanced Life Support 2015 - Houten (NL)
6	10	Awake flexible intubation course - Amsterdam (NL)
6	14	Advanced Life Support Herhaling 2015 - Houten (NL)
6	14	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
6	15	Advanced Life Support Herhaling 2015 - Houten (NL)
20	24	ACCP Chest (Montréal, Canada)
30	24	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2015) - San Diego (US)
18	29	ANZICS Intensive Care Annual Scientific Meeting 2015 - Auckland (NZ)
18	29	Resuscitation / European Resuscitation Council (ERC 2015) - Praag (CZ)
12	29	ECMO cursus - Leiden (NL)
NOVEMBER 2015		
18	4	Antibioticagebruik in de praktijk - Maastricht (NL)
12	5	Advanced Life Support 2015 - Houten (NL)
12	9	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
12	9	Advanced Life Support 2014 - Kolham (NL)
6	10	ReCertification Course - Riel (NL)
6	11	ReCertification Course - Riel (NL)
6	11	SALSA (Sedatie en Advanced Life Support voor Artsen) - Zwolle (NL)
6	12	Training MDS en KIIC volgens NICE/NVIC/NVICV - Utrecht (NL)
5	12	Transthoracale echografie - Amsterdam Zuid-Oost (NL)
9	12	NVIC Cursus Luchtwegmanagement op de IC 2015 - Houten (NL)
i.a.	13	IC-Congres der Lage Landen - Gent (BE)
18	17	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	18	Fundamental Disaster Management Course - Zwolle (NL)
12	19	Polytrauma Rapid Echo-evaluation Program 2015 - Houten (NL)
18	24	DSTC en DATC - Nijmegen (NL)
12	24	MedicALS - Tilburg (NL)
18	25	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	25	NVIC Echografie cursus 2015 - Houten (NL)
20	26	Bronkhorst Colloquium - Veldhoven (NL)
18	26	Antibioticagebruik in de praktijk - Madrid (ES)
12	30	Advanced Life Support 2014 - Kolham (NL)

Punten	Datum	Nascholing
DECEMBER 2015		
6	3	Paediatric Life Support (PLS) - ENSCHEDE (NL)
12	3	Advanced HazMat Life Support 2015 - Houten (NL)
6	4	Paediatric Life Support (PLS) - ENSCHEDE (NL)
6	7	Paediatric Life Support (PLS) - Riel (NL)
18	9	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	9	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
12	10	Advanced Life Support 2015 - Houten (NL)
12	14	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
18	15	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
JANUARI 2016		
	7	Studiedagen van de VvAwT
FEBRUARI 2016		
30	20	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congres (SCCM 2016) - Orlando (US)
SEPTEMBER 2016		
24	17	Congress European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN 2016) - Kopenhagen (DK)
OKTOBER 2016		
30	15	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2016) - Boston (US)
JANUARI 2017		
30	21	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congres (SCCM 2017) - Honolulu (US)
E-LEARNING/SCHRIFTELIJKE NASCHOLING		
4		A&I Nascholingstijdschrift over perioperatieve zorg
5		abcdeSIM
2		CME-Academy - Nieuwe inzichten in de theorie en praktijk van de behandeling van stadium IV NSCLC
8		e-CME bridging the Gap - Slecht nieuwsgesprek
2		e-Xpert Lichte Sedatie en Anxiolyse
3		Geneesmiddeleninteracties bij longcarcinoom.
1		Masterclass CTEPH
2		Online nascholing Good Clinical Practice - Good Clinical Practice voor oncologisch onderzoek in de periferie -
1		Online nascholing Pulmonale arteriële hypertensie, module 2: endotheel en endotheline
1		Online nascholing Pulmonale arteriële hypertensie, module 2: endotheel en endotheline
1		Online nascholing Pulmonale arteriële hypertensie, module 4: diagnostiek en ernstbepaling
1		Online nascholing Pulmonale arteriële hypertensie, module 5: echorichtlijnen en echodiagnostiek
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 1: definitie en classificaties
1		Online nascholing, module 7: Pulmonale arteriële hypertensie geassocieerd met aangeboren hartafwijkingen
1		Online nascholing: Pulmonale arteriële hypertensie geassocieerd met bindweefselaandoeningen
1		Webcast Redefining outcomes in PAH
2		web-tv Antistolling anno 2014 -Effectiviteit, veiligheid en breed indicatiegebied –
2		Web-tv nieuwe antistollingsmiddelen - Eenvoud
1		Web-tv nieuwe antistollingsmiddelen - Ervaring
1		WebTV Richtlijn Ernstig astma
3		ZiROP.nl

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