

# PULMO

*Script*

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT  
JAARGANG 26 NR. 4 DECEMBER 2015



THE NEW YORK  
DUTCH LUNG  
CANCER COURSE

NOTULEN HUISHOUDELIJKE  
VERGADERING

ONDERZOEKSTAGE IN LONDEN:  
SPECIFIEKE IMMUNOTHERAPIE



## 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:  
Drs.S.M. de Hosson  
Drs. Th. Macken  
Drs. K.J.M. Mooren  
Mevr. W. Vlug

Uiterste datum voor insturen kopij  
nr. 1: 15 februari 2016

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 huishoudelijke NVALT vergadering 1 oktober 2015

### Commissies, secties en werkgroepen

#### Vanuit de Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculose bestrijding (VvAwT)

#### 15 Programma Studiedagen VvAwT

#### Vanuit de Sectie Assistenten

#### 17 Onderzoekstage in Londen:

Specifieke Immunotherapie: tolerantie is het doel

#### Vanuit de Werkgroepen

#### 19 Werkgroep Oncologie: Verplichte registratie van longkanker

#### 20 Werkgroep Infectieziekten: Verdiepingsstage long-infectiologie

#### 22 Werkgroep ademhaling tijdens sport en hobby onder bijzondere omstandigheden: Duikgeneeskunde voor longartsen: Symposium op Bonaire

### Rubrieken

#### 25 Opleiding in de kijker: Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

#### 26 Pulmonaal Portret: Jetske Staal

### Nascholing

#### 28 Samenvatting proefschrift Armine Otto-Minasian

COPD and pulmonary function in heart failure: a matter of definition

#### 30 Samenvatting proefschrift Lous Rijssenbeek-Nouwens

Astmacontrole, Patiënt en Omgeving

#### 32 Samenvatting proefschrift Romane Schook

Tailored care for the lungcancer patient

### En ook...

#### 32 Oproep BATTLE-TRIAL

#### 34 The New York Dutch Lung Cancer Course

#### 36 Lidmaatschapsinformatie

#### 36 Oratie Yvonne Heijdra

#### 37 Sluiting secretariaat

### Personalia

#### 38 Kandidaat-leden

#### 39 Nieuw benoemde longartsen

#### 39 Nieuwe rustende leden

## 40 Congresagenda



Cover: Redactie en secretariaat wenst alle lezers van Pulmo Script fijne kerstdagen en een plezierige jaarwisseling!

Van de wetenschappelijk secretaris.

Het Sinterklaasseizoen had nog een presentje voor mij: in tegenstelling tot wat ik dacht blijkt ik nogmaals het voorwoord voor PulmoScript te mogen verzorgen.

In het afgelopen kwartaal waren er twee zaken die de moeite meer dan vermelden waard zijn voor onze vereniging: de algemene ledenvergadering en het door de NRS georganiseerde weekend waar een poging werd gedaan een wetenschapsagenda voor 2025 (of later??) op het gebied van longziekten te formuleren. Op de algemene ledenvergadering werd onder andere de voortgang gerapporteerd en bediscussieerd van het nieuwe opleidingsplan longziekten. Het zou een goede zaak zijn als er een verbinding wordt gezocht met de voornoemde onderzoeksagenda. Immers, de longarts van 2025 moet enerzijds gevormd worden door een "nieuwe" opleiding en daarnaast "gevoed" door nieuw te genereren kennis. In dat kader zou het wenselijk zijn dat de NVALT zich bezint op wat een longarts in 2025 onderscheidt van omringende specialismen, waaronder nadrukkelijk ook de eerstelijns gezondheidszorg. Dit in een veranderende omgeving waar het principe van concentratie en spreiding van zorg leidend zal gaan worden blijktens bij VWS circulerende rapporten. Wat rekenen we tot de

basiszorg die een longarts moet kunnen leveren en waar moeten we ons verder specialiseren? Het komt mij voor dat de discussie binnen onze vereniging op dit gebied nog maar weinig van de grond is gekomen. Als een bijdrage zou de redactie van PulmoScript hierin het voortouw kunnen nemen door op haar pagina's plek in te ruimen voor discussie op dit onderwerp. Ik denk te weten dat de beoogd wetenschappelijke secretaris van de NVALT hierover een weloverwogen mening heeft. Wellicht dat deze in een volgend nummer van PulmoScript geventileerd kan worden.

Rest mij u goede feestdagen en een gelukkig nieuwjaar te wensen.

Egbert Smit



# Vanuit het bestuur

Concentratie en spreiding van zorg... Heb je hier al van gehoord? Ik neem zeker aan van wel. Beide woorden worden vaak achter elkaar gebruikt, en steeds in deze combinatie: concentratie leidt blijkbaar tot, of bestaat door spreiding, en omgekeerd. Het gaat om het idee dat het zorgaanbod gereguleerd kan worden. De zorgvraag overigens niet. Nederland staat hier anders voor dan veel Europese landen: misschien ben je ooit in de nacht op een eerstehulppost beland in een klein landelijk Frans ziekenhuisje: dat is wat ik bedoel. Echt kleine ziekenhuizen bestaan niet meer bij ons, de grote smelten samen in nog omvangrijkere fusies of samenwerkingen, voor zover de ACM dit toelaat: de patiënt moet nog een vrije keuze hebben. Is groot beter? Kwalitatief mogelijk wel, servicegericht vaak niet. Is er een minimumgrootte? Zeker wel, 24-uurszorg en goede ondersteuning vraagt om een basishoeveelheid werk. Is er dan ook een maximum aan de grootte van een ziekenhuis? Dat is lastig. Er moet ergens wel een optimum zijn waarboven de organisatorische complexiteit meer toeneemt dan de voordelen van schaalgrootte.

In dit speelveld doen wij onze dagelijkse zorgtaken, zien wij onze patiënten, staan we op de behandelkamer of op de afdeling en de patiënt, die komt, via de huisarts, naar ons toe. Wij zien onze patiënten voor het eerst in onze spreekkamer of op de eerste hulp, maar er ligt een keuzetraject vooraf. Hoe wordt een ziekenhuis gekozen? Vaak uit gewoonte of vaste verwijspatronen, of op basis van de adherentie en afstand. Veelal ook op basis van beschikbaarheid, via verwijssapplicaties.

De huisarts kiest ook graag op naam van een specialist, en de patiënt volgt dit vaak. Goed geïnformeerde patiënten gaan zelf op zoek, en informatie over ziekenhuizen en verwijzers is uitgebreid te googelen. Kortom, een vrije verwijsmarkt.

Concentratie en spreiding van zorg is een andere benadering, bijna tegengesteld. Hier veronderstellen we een regeling van bovenaf, met de autoriteit patiënten met een specifieke zorgvraag te sturen naar het ene ziekenhuis en niet naar het andere. Als we aannemen dat deze sturing alleen werkt indien ze niet vrijblijvend is, is er dus sprake van overruling van de normale verwijspatronen van huisartsen, van de keuze van patiënten, en van het zorgaanbod van de ziekenhuizen. Zo'n ingreep vereist dus een gedegen basis van vertrouwen, en solide bewijslast van effectiviteit.

Is geconcentreerde zorg effectiever? De kwaliteit vergroot met de kwantiteit, dit is aangetoond bij een aantal aandoeningen en behandelingen. Is dit resultaat te extrapoleren naar alle aandoeningen? Mogelijk niet. Is er een lineair verband of ontstaat er een plafond-effect? Kan er nadien een negatieve correlatie ontstaan tussen erg hoge aantallen en kwaliteit van zorg? Geen eenduidig antwoord, maar wel een breed gedragen gevoel dat er ten minste een minimum ervaring van zorg moet zijn bij bepaalde aandoeningen, en dat concentratie van kennis kan bijdragen bij toename van kennis, door studies of ervaring. We kunnen redelijkerwijs stellen dat hoe zeldzamer de ziekte en hoe minder vaak de patiënt hiervoor naar een zorginstelling moet,

hoe zinvoller concentratie zou kunnen zijn. De patiënt hoeft zich overigens niet altijd te verplaatsen, zijn of haar gegevens kunnen dat ook, en sneller: wij werken in een vakgebied waar vrij veel beslissingen op afstand mogelijk zijn. We hoeven niet altijd, zoals een hartchirurg, ter plaatse onze zorgkennis toe te passen. Concentratie van zorg en kennis kan dus ook op afstand, met MDO's en teleconferencing.

We willen graag het volgend jaar met jullie allen hierover nadenken. We moeten, op basis van goede zorg en op basis van dwingende eisen van de overheid, ons zorglandschap deels verkavelen. Dat willen we breed gedragen en zorgvuldig doen. Een aantal beslissingen moeten al snel genomen worden, zonder te kunnen wachten op een doorwerkt NVALT-ledenbesluit. Iedereen is op de hoogte van de verwickelingen die hierbij ontstonden, bij de start van Nivolumab, Pirfenidone en nu Nintedanib. We konden niet anders dan hiervoor al een tijdelijke start te maken, in redelijkheid en billijkheid, tot we volgend jaar samen deze ontwikkeling hebben vorm gegeven.

Ik wens jullie allemaal alvast een prettige winter toe!

Thomas Macken





**Donderdag 1 oktober 2015 te Utrecht**

# Notulen ledenvergadering NVALT

*Aanwezig (getekend op presentielijst): 88*

## 1. Opening

De voorzitter opent de vergadering om 14.00 uur. Hij vraagt een minuut stilte voor de oud-collegae Robert van Ooteghem, Sittard- die werkzaam was op de longafdeling in Sittard overleden op 18 april 2015, Arend van Knapen die van 1971 tot 1999 longarts is geweest in Enschede, overleden op 25 mei 2015 A. Hoek, longarts i.r., overleden 23 juni 2015 Jaap de Goeij, longarts i.r., overleden op 11 augustus 2015

## 2. Notulen vergadering 2 april 2015

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

## 3. Mededelingen vanuit het Bestuur

### Van Haren:

- Het Bestuur van de NVALT spreekt haar erkentelijkheid uit voor Frans Krouwels die gedurende vele jaren op verschillende terreinen binnen de NVALT actief is geweest. Hij heeft zich om persoonlijke redenen terug getrokken.
- Het CGS gaat vanaf per 1 januari 2019 de eisen voor herregistratie aanscherpen met een verplichte kwaliteitsvisite, een verplichte evaluatie van het individueel functioneren eenmaal per 5 jaar. Daarnaast wordt eenieder verplicht om een jaarlijkse zelfevaluatie te gaan doen en dat bij te houden in een persoonlijk ontwikkelplan.
- In 2016 zal een nieuw capaciteitsplan worden uitgebracht. De NVALT heeft hier ook input voor geleverd. Globaal komt het Capaciteitsorgaan uit op een stijging van 2%.
- Het Bestuur heeft in juli een brief gestuurd aan 12 centra en 7 reserve-centra, voor de start en introductie van Nivolumab.
- Er is een onderzoek uitgerold omtrent de Hooggebergte behandeling o.a.v. Jan-Willem Lammers.

### Professionalisering

- De NVALT is aanwezig op Internet, facebook en LinkedIn. Ook de website van de NVALT zal binnenkort worden vernieuwd. De nieuwe website wordt gekoppeld aan het administratief systeem en het ledenbestand, heeft een Modulaire opbouw en Responsive webdesign.
- Verdere professionalisering van de NVALT is nodig vanwege de aansluiting bij de Federatie, waarbij heel veel sturing mogelijk is. Via Raden (Raadsleden) en via Algemene Vergadering (Voorzitters) is de NVALT betrokken bij het beleid van de

Federatie.

Leden van de Raden dragen namens de NVALT bij aan beleidsontwikkeling en uitvoering.

De intensiteit kan verschillen per dossier/thema

- Actief
- Volgend
- Overlatend

In de Raad Opleiding zijn we vertegenwoordigd door Leon van den Toorn (Eric van haren)

In de Raad Kwaliteit zijn we vertegenwoordigd door Jan-Willem van den Berg (Pieter Broos)

In de Raad Beroepsbelangen zijn we vertegenwoordigd door Hans Grotjohan en Anco Boonstra

De Raad Wetenschap is in oprichting (wetenschappelijk secretaris van de NVALT)

*Binnen de NVALT is de professionalisering als volgt:*

- Bestuursleden nemen zitting in de Raden en zijn portefeuillehouders
- NVALT-Commissies : tbv advisering Bestuur NVALT over onderwerpen die permanent op de agenda staan
- NVALT-Werkgroepen : nadere uitwerking bepaald actueel vraagstuk, termijn vaststellen voor tijdelijke duur van werkgroep, taakopdracht moet duidelijk zijn
- NVALT-Secties : doelen tav zorg, onderzoek, onderwijs en samenwerking

*Wat speelt er o.a. bij de NVALT:*

- Manpowerplanning
- Centrumfuncties/basiszorg
- Transparantie

*Verbeterpunten voor de NVALT:*

- Wisselend actieve werkgroepen
- ALV wordt onvoldoende bezocht

*Strategisch beleidsplan NVALT2015/2016*

- Aanpassing organisatiestructuur vereniging
- Aanpassing huishoudelijk reglement en reglement van Commissies en Secties
- Aanpassing cyclus en logistiek van ledenvergadering, nascholing en sectie ("werkgroep") – vergaderingen
- Actief met aantal strategische dossiers

*Dossier: Concentratie en spreiding van zorg*

- "Niet alles overal doen"
- Centra, partners, netwerken, lijstjes
- Taak van de Wetenschappelijke Vereniging
- 1<sup>e</sup> start document: NVALT expertisecentra voor zeldzame

aandoeningen en behandelingen, in inmiddels gemaakt door een ad interim werkgroep o.l.v. Jan-Willem Lammers.

*Dossier: beleid t.o.v. opleiding*

- Nieuw opleidingsplan
- Aandachtsgebieden binnen de Longgeneeskunde, op dit moment wordt in het nieuwe opleidingsplan al verdiepingstages beschreven.
- Manpowerplanning

*Dossier: Substitutie en taakherschikking*

- Taakherschikking
  - PA, VS, SEH arts, medisch technoloog, ziekenhuisarts
  - Rapport Marian Kaljauw april 2015
  - NVALT moet visie ontwikkelen binnen eigen specialisme
- Substitutie
  - 1<sup>e</sup> lijn, 1,5<sup>e</sup> lijn, kernelementen VWS beleid

*Registraties*

- Databases t.b.v. nieuwe, veelal dure, geneesmiddelen
- DICA
- Kwaliteitsregistratie COPD gewenst

*2016 in te stellen Werkgroepen*

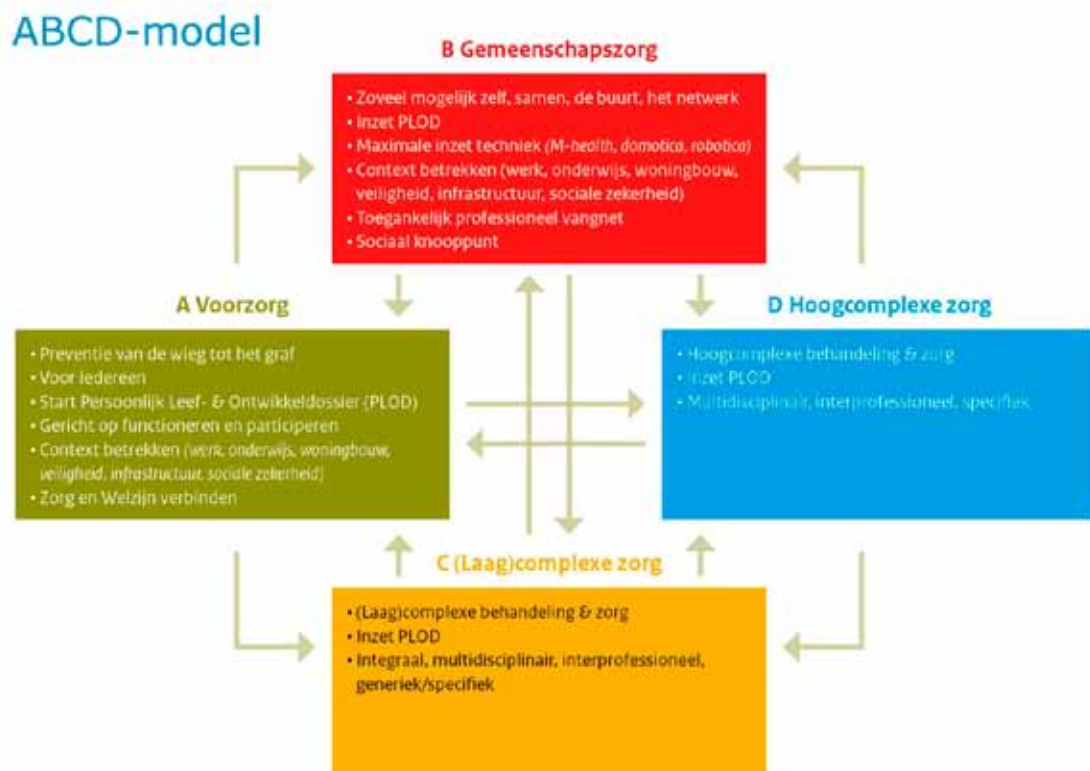
- WG concentratie en spreiding van zorg
- WG aandachtsgebieden

*Huishoudelijk Reglement NVALT*

- Werkgroepen worden secties
- Koppeling Raadsleden /VZ CLT-CBB-CK
- Geen penningmeester in DB
- VZ en vice VZ benoemen voor 3 jaar
- Besluiten ALV geagendeerd en 2 weken voor ALV ontvangen door leden
- Functie/ portefeuille wetenschappelijk secretaris aanpassen

*Organisatiestructuur NVALT*

Nieuw organogram cfr Beleidsplan Kwaliteit



Figuur 1: ABCD-Model, Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2015

### 4. BROOS

#### Beleidsplan Kwaliteit 2015-2019



#### Waarom een kwaliteitsplan NVALT

- Kwaliteitsbeleid is versnipperd
  - Bestuur
  - Commissie accreditatie, richtlijnen en visitaties
  - Werkgroepen
  - Individuele leden
- Steeds meer dossiers → lastig overzicht te houden
- Onduidelijk wie verantwoordelijk is voor welk dossier
- Wens van het bestuur: centrale aansturing vanuit Commissie Kwaliteit op basis van visie van bestuur

#### Wat is het doel

- Verbetering van de positionering van de longarts
- Duidelijke stem binnen de Federatie Medisch Specialisten
- Regie voeren op voor de longarts belangrijke onderwerpen
- Vergroten van de ledenparticipatie binnen de vereniging

#### Beleidsplan Kwaliteit

- Uitgangspunt
  - Kwalitatief hoogstaande Longgeneeskunde
- Meerjarenplan 2015 – 2019
- Doelstellingen beschreven voor
  - Richtlijnen
  - Kwaliteitsvisitatie
  - Kwaliteitsmeting
  - IFMS
  - Opleiding, bij- en nascholing en accreditatie
- **Doelen**
  - De vereniging heeft een samenhangend kwaliteitsbeleid op schrift en in de praktijk.
  - Er wordt in 2015 een Commissie Kwaliteit ingesteld.
  - De vereniging is op de hoogte van de wensen, mogelijkheden en bereidheid van haar leden om zich actief in te zetten voor kwaliteitsprojecten.
  - Per jaar worden minimaal twee kwaliteitsprojecten uitgevoerd waarbinnen meerdere kwaliteitsportefeuilles een rol spelen. In deze projecten wordt actief geparticipeerd door zoveel mogelijk leden.

#### Strategische cyclus

- Prioriteiten kwaliteitsbeleid
  - Structureel onderhoud richtlijnen
  - Methodiek Kwaliteitsvisitatie
  - Kwaliteitsregistratie DLCA
  - Zorgevaluatie
  - Substitutie en taakherschikking
  - (Kwaliteitsregistratie COPD)

#### Implementatie Beleidsplan Kwaliteit

- Vervolgstappen:
  - Vooroverleg met betrokken voorzitters relevante commissies
  - Opstellen reglement Commissie Kwaliteit
  - Werven van leden
- Start Commissie Kwaliteit: 4<sup>e</sup> kwartaal 2015
- Waar wordt nu al aan gewerkt?
  - Masterplan onderhoud van NVALT richtlijnen
  - Doorontwikkeling visitatiemethodiek en normendocument
  - Ontwikkeling kwaliteitsregistratie
  - 5 NVALT richtlijnen in ontwikkeling

#### Taakstelling commissie Kwaliteit

- Het gevraagd en ongevraagd adviseren van het bestuur van de NVALT ten aanzien van vakinhoudelijke kwaliteitsaangelegenheden zoals omschreven in het vigerende Kwaliteitsplan.



- Het ontwikkelen van een toekomstvisie ten aanzien van gewenste ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en daarmee in het vak Longgeneeskunde en tuberculose.

#### Commissie Kwaliteit

- Samenstelling Commissie Kwaliteit
  - Voorzitter (Bestuurslid Kwaliteit)
  - Lid uit Commissie Richtlijn
  - Lid uit Commissie Visitaties
  - Lid uit Commissie Accreditatie
  - Algemeen lid (kwaliteitsregistratie)
  - Algemeen lid (indicatoren)
  - Algemeen lid (concentratie en spreiding)
  - Ondersteuning door beleidsmedewerker bureau
- Nieuwe leden gezocht!!

#### Financiering kwaliteitsvisitaties

- Doel: versterking van de kwaliteit van de geleverde zorg
- Kwaliteitsvisitaties verplichting voor iedere medisch specialist

Een keer in de vijf jaar

#### Financiering kwaliteitsvisitaties gaat veranderen

Financiering door Stichting Kwaliteitsgelden  
Medisch Specialisten (SKMS)



Kosten ten laste van vakgroepen/maatschappen en/of van het betreffende ziekenhuis.

#### Waarom veranderen?

- Financiering visitaties past niet binnen de kaders van de SKMS
- Per 1 januari 2016 andere financiering noodzakelijk
- Geen consensus voor gezamenlijk initiatief vanuit de FMS voor 2016
- Iedere vereniging gaat dit zelf organiseren

#### Wat zijn de mogelijkheden?

- Subsidie van VWS of zorgverzekeraars geen goede optie  
→ wie betaalt bepaald
- Eigen financiering
  - Maatschap/vakgroep
  - Medisch specialist
- Financiering door het ziekenhuis

#### De kosten voor de kwaliteitsvisitaties in 2016 zijn € 5.737,60 (ex. BTW)

- Efficiëntie als uitgangspunt
- Kostenneutraal
- Training visiteurs en doorontwikkeling methodiek
- Digitaal visitatiesysteem

De voorzitter sondeert binnen de vergadering of men het eens is met de constructie dat de rekening voor de visitaties ofwel naar het MSB of wel aan de Raad van Bestuur gestuurd zal worden.

Aleva vraagt zich af of voor dit bedrag niet de contributie verhoogd zou kunnen worden.

Smeenk geeft aan dat alle tijd die de gevisiteerde vakgroep hieraan besteed niet eens wordt genoemd in dit voorbeeld. Eigenlijk is het vreemd dat longartsen moeten betalen voor hun eigen kwaliteitsvisitaties.

Heijerman merkt op het vreemd te vinden dat voor sommige functies binnen de NVALT wel betaald wordt en voor andere functies niet.

#### Verandering van de organisatiestructuur

- Introductie nieuwe verenigingsorganen
- Andere taak voor bestaande verenigingsorganen
- Introductie van een strategisch beleidsplan
- Opstellen van (nieuwe) reglementen commissies en secties

#### Organisatiestructuur NVALT

Nieuwe reglementen Commissies en Secties

#### Reglement commissie

- Algemeen
- Taken en activiteiten
- Werkwijze en verantwoording
- Financiële middelen
- Nevenfuncties
- Slotbepaling

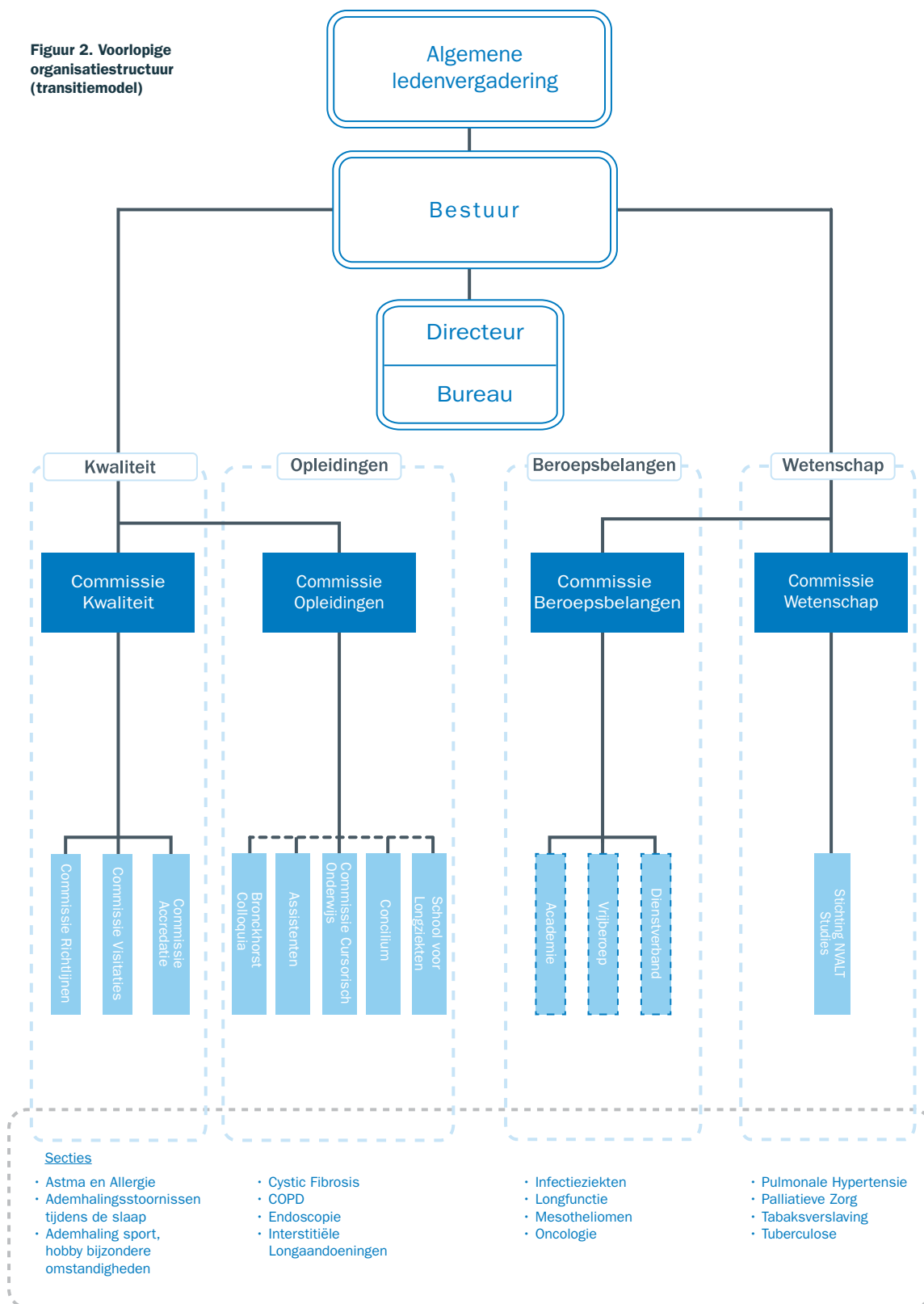
#### Taakomschrijving sub-commissies

- Het gevraagd en ongevraagd adviseren van het bestuur van de NVALT ten aanzien van vakinhoudelijke aangelegenheden zoals omschreven in het vigerende beleidsplan
- Het ontwikkelen van een toekomstvisie ten aanzien van gewenste ontwikkelingen op het gebied van .... en daarmee in het vak Longgeneeskunde

#### Reglement sectie:

- Algemeen
- Doelen
- Toelichting op doelen
- Structuur van de werkgroep
- Werkwijze

**Figuur 2. Voorlopige organisatiestructuur (transitiemodel)**



**Taakomschrijving sectie:**

1. De sectie draagt zorg voor het creëren en in stand houden van een sectie die op stimulerende manier samenwerkt om tot doelen te komen.
2. De sectie zal functioneren als onderdeel van de NVALT en als aanspreekpunt voor vergelijkbare buitenlandse organisaties.
3. De sectie zal onafhankelijk functioneren van subsidieverstrekende instanties, patiëntenverenigingen en farmaceutische industrie.
4. De sectie zal de NVALT gevraagd en ongevraagd van advies dienen op het gebied van patiënten met .....
5. De sectie zal goede contacten onderhouden met de diverse patiëntenverenigingen.
6. De sectie zal zorgdragen voor publiciteit en voorlichting op het gebied van..... volgens de geldende procedures binnen de NVALT

Naar aanleiding van een vraag uit de zaal antwoordt de voorzitter dat ook verpleegkundig specialisten welkom zijn bij de sectievergaderingen. De voorzitter heeft het recht sommige mensen te weren.

**Nieuwe opzet ALV - nascholing – en secties****Voorjaar: Longartsendagen i.s.m. longdagen in Ermelo (18-19-20- en 21 april 2016)**

- Huishoudelijke / ledenvergadering onderdeel
- Nieuwe locatie
- Plenaire sessies en workshops

**Najaar: 2 dagen Papendal 15 en 16 september 2016**

- Huishoudelijke / ledenvergadering onderdeel
- Wetenschappelijke vergadering
- Borrel / diner/ overnachting
- Volgende ochtend vergaderingen van alle secties
- wrap-up met jaarplannen en doelen

**To do list Bestuur NVALT**

- Aanpassing organisatiestructuur vereniging
- Aanpassing huishoudelijk reglement en reglementen commissies en secties
- Aanpassing cyclus en logistiek van ledenvergadering, nascholing en sectie-vergaderingen
- Actief met een aantal strategische dossiers

De aanwezigen zijn het eens met het verder uitrollen van de voorliggende plannen, er zijn geen tegenstanders, noch onthoudingen.

**5. Mededelingen vanuit de Raad Opleiding (L. van den Toorn)**

- Visitaties opleidingsklinieken
- RIO
- Verkorting vooropleiding
- Mijn RGS
- Opleidingsetalage
- Vervanging disfunctionerende AIOS
- Instroom AIOS 2017 en verder

**Van vinken naar vonken**

- Korting opleiding/individualisering
- Management/medisch leiderschap
- Verdieping in laatste jaar/uitwisseling

2015	2016
VUMC Amsterdam	Spaarne Ziekenhuis Hoofddorp
LUMC Leiden	Zuyderland Ziekenhuis Heerlen
Jeroen Bosch Ziekenhuis	AVL/NKI Amsterdam
Medisch Centrum Alkmaar	Canisius Wilhelmina ziekenhuis Nijmegen
SFG Rotterdam	OLVG Amsterdam
MCL Leeuwarden	
Isala Klinieken Zwolle	

### Individualisering Opleidingsduur "RIO"project

Nominaal in jaren (en mnd)	% aios 2013	2013 Nulmeting	2018	2019	2020	2021	2022 <sup>1)</sup>	Gem. duur in mnd in 2022 <sup>1)</sup>
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
<b> totaal onafgerond <sup>2)</sup></b>		<b>-1,79</b>	<b>-2,99</b>	<b>-4,19</b>	<b>-5,39</b>	<b>-5,99</b>	<b>-6,59</b>	<b>57,8</b>

- **Dedicated Schakeljaar**
- **Korting vooropleiding**
- **Korting tijdens vervolgoeding**
- Mijn contactgegevens: hier ziet u hoe uw contactgegevens staan geregistreerd bij de RGS en kunt u deze aanpassen

### Korting Vooropleiding in goed overleg met de NIV



### MIJN RGS

#### Alles op een rij bij MijnRGS

- Mijn registratie: hier vindt u uw inschrijving(en) in het specialistenregister, inclusief historisch overzicht.
- Mijn Opleiding: hier vindt u uw aanvraag/aanvragen en inschrijving(en) in het opleidingsregister.
- Mijn erkenning: hier zien opleiders voor welke opleiding(en) zij erkend zijn.
- Mijn aios: hier vinden opleiders een overzicht van:
  - De aanvragen die zij hebben lopen tot wijziging of beëindiging van de opleiding van hun aios,
  - De aanvragen die hun aios zelf heeft/hebben lopen,
  - De aios die is/zijn ingeschreven in het opleidingsregister
- Transparantieregister: hier vindt u, indien van toepassing, een overzicht van de financiële relaties die u hebt met de farmaceutische industrie volgens het Transparantieregister Zorg.

Heeft u een vraag? Neem contact op met de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS)

Problemen met MijnRGS kunnen gemeld worden bij Van den Toorn

#### Opleidingsetalage ([www.opleidingsetalage.nl](http://www.opleidingsetalage.nl))

- OSAS
- ILD
- PH

#### Vervanging AIOS

- Alleen mogelijkheid vervanging in eerste kalenderjaar
- Nieuw voorstel: Eerste 2 opleidingsjaren.
- Vooralsnog niet goedgekeurd!

#### Doelstelling pilot "beleidsrijk toewijzen"

1. Invulling geven aan beleidsrijk toewijzen door specialisten o.b.v. eigen doelstellingen, parameters en verdelingsmodel
2. Doorontwikkeling van pilots van afgelopen jaar
  - Meer ruimte voor beleidsrijke initiatieven (tot nu toe is historie zwaar meegewogen in de pilots)
  - Verdere onderbouwing van gekozen doelstelling en parameters (afspiegeling van opleidingscapaciteit, zorgvraag, kwantitatief en kwalitatief)
  - Ervaring met aanbieden van incentives voor gewenste ontwikkelingen (vakinhoudelijk, MMV, regionaal opleiden, kwaliteit)
3. Verkennen van de wenselijkheid van beleidsrijk toewijzen en hoe dit kan plaatsvinden

**Specialismen die deelnemen aan de pilot**

- Anesthesiologie
- Heelkunde
- Kindergeneeskunde
- Klinische Geriatrie
- Longziekten en tuberculose
- Maag-, darm- en leverziekten
- Plastische chirurgie
- Radiotherapie

**Doelstelling pilot Longgeneeskunde**

- De NVALT vindt dat exposure voor aios leidend moet zijn voor het verdelen van opleidingsplaatsen. Als criterium dat uitdrukking geeft aan de zorgvraag kiezen zij voor patiënten aantallen, naast opleidingshistorie (af te bouwen naar 50% in 2016 en 20% in 2017).
- Door de NVALT is geconcludeerd dat kwaliteit géén onderscheidend criterium is voor het verdelen van opleidingsplaatsen. De kwaliteit van de opleiding wordt reeds geborgd in het huidige visitatiesysteem, waarin wordt getoetst of de supervisie van aios goed is geregeld.
- De NVALT wil incentives in het model opnemen voor gewenste inhoudelijke ontwikkelingen. Opleidingsclusters die de grootste stappen hierin zetten kunnen extra instroomplaatsen “verdienen”. Dit is pas mogelijk vanaf 2016, omdat hiervoor het Specifiek Besluit Opleidingseisen aangepast moet worden

**Instroom aios 2017 en verder**

- Nieuwe bandbreedte – voorstel is handhaving bandbreedte
- 20% historie, 80% patiënten aantallen in 2017
- Introductie kwaliteits-parameter: aantal aandachtsgebieden

Er ontstaat discussie over het nut- en onnut van het Hermes-examen. Voorlopig is de pot met vragen nog dusdanig klein dat openbaarmaking van de vragen nog niet mogelijk is. Er zijn 2 boeken met proefvragen beschikbaar.

**6. Mededelingen vanuit de Raad Beroepsbelangen / projectgroep DOT (H. Grotjohan)****DOT groep NVALT**

Steven Dreviers  
Gregor Mannes  
Koen Liesker  
Hans Grotjohan  
Nicole Hekelaar

**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.

**Ontwikkelingen**

- Verandering productstructuur 2016
- ICD-10
- Logexverdeelmodel herijken normtijden

**Product structuur 2016**

- Samenvoegen pneumonie longarts en internist
- DOT producten tuberculose ondergebracht in boom chronische Infecties
- Niet meer als zodanig herkenbaar!!
- Overleg Nza hierover vindt plaats
- oncologie boom DOT producten met RT hebben ander nummer
- Productstructuur wel zelfde gebleven

**ICD-10**

- ICD-10 codering per 1-7-2015 is ziekenhuis verplicht dit aan DIS door te geven
- ICD-10 diagnose systeem ingewikkeld en niet handig “minister wil het en arts verantwoordelijk” Federatie wijst dit af en wil niet de arts verantwoordelijk voor deze registratie.
- DHD diagnosethesaurus heeft registratiesysteem ontwikkeld
- Voor alle ziekenhuizen beschikbaar
- Diagnosethesaurus
- Dbc diagnose gekoppeld aan referentierm (door NVALT)
- Referentierm koppelt aan ICD-10 (door RIVM)

**Logex verdeelmodel**

Logex benchmark 2016 normuren  
Herijking normtijden Dot producten  
Pneumonie en tbc producten houden oorspronkelijke normtijd  
Disutility?

De voorzitter dankt Grotjohan en de hele projectgroep voor het vele werk dat ze verrichten.



### 7. Longweek 2016 (H. Heijerman)

Het samengaan in een longweek, van zowel de longartsenweek als de longdagen, kan zeker kansen bieden. De longartsenweek en de longdagen 2015 zijn geëvalueerd. Over de inhoud waren de meesten wel tevreden, over de locatie zeker niet. Het programma van de longdagen 2016 zal aantrekkelijker gemaakt worden voor de longartsen. Als locatie hebben we dit jaar gekozen voor de Heerlijkheid in Ermelo. Dit complex is exclusief voor de longweek gereserveerd en ligt midden in de bossen. Het onderwerp van de longartsenweek 2016 is Diagnostische technieken en strategieën. De sandwichconstructie zal worden gehandhaafd.

### 8. Verkiezingen

#### a. Bestuur

Het Bestuur wordt aangevuld met dr. A. Boonstra, vertegenwoordiger in de Raad Beroepsbelangen en dr. L.M. van den Toorn, vertegenwoordiger in de Raad Opleiding. Zij worden benoemd.

Dr. F. Brijker is inmiddels werkzaam in Willemstad, Curaçao

#### b. Commissie Visitatie Longziekten

De zittingstermijn van dr. F.H. Krouwels is verstreken, hij wordt opgevolgd door dr. J.J. Mager en G.N. Rootmensen. Zij worden benoemd.

### 9. De kandidaat-leden worden voorgesteld.

Er zijn afmeldingen binnengekomen van Bibi Klap, Rijkstate Ziekenhuis Arnhem, Mirjam Kieft, AMC Amsterdam, Lotte Mandigers, Catharina ziekenhuis Eindhoven, David Prijs, Medisch Centrum Leeuwarden, Stephanie Bakker, Radboudmc Nijmegen, Lotte Ruitenbeek, CWZ Nijmegen.

De aanwezige aios Coen van Kan, OLVG Amsterdam, Jill Mentink, Erasmus MC Rotterdam, stellen zich voor.

De voorzitter sluit de vergadering om 16.00 uur

# Programma Studiedagen VvAwT 2016

**Titel:** Eliminatie in zicht? - Diagnostiek en opsporing in de 21e eeuw  
**Thema's:** Diagnostiek en eliminatie; verscherpte surveillance  
**Datum:** Donderdag 7 en vrijdag 8 januari 2016  
**Locatie:** Princess Hotel, Stichtse Rotonde 11, 3818 GV Amersfoort

## Donderdag 7 januari 2016

12.30 - 13.15	Lunch
13.15 - 14.45	Algemene ledenvergadering VvAwT
14.45 - 15.15	Pauze/Registratie
	<b>Thema: Tuberculose jaaroverzicht 2015</b> Voorzitter: Marlies Mensen
15.15 - 15.35	<b>Welkom</b> Kitty van Weezenbeek, directeur KNCV Tuberculosefonds
15.35 - 16.10	<b>Tuberculose Literatuurupdate 2015</b> , Rob van Hest, arts-tuberculosebestrijding, GGD Rotterdam-Rijnmond en GGD Groningen
16.10 - 16.45	<b>Casus (1) presentatie door een longarts tuberculosecoördinator</b> <b>Verdieping door</b> Cecile Magis, longarts Tuberculosecentrum Dekkerswald (15 min casus presentatie, 10 min verdieping, 10 min discussie)
16.45 - 17.10	<b>Relevante klinische publicatie over tuberculose 2015</b> , Marleen Bakker, longarts en coördinator Masterclass Tuberculose, Erasmus MC
17.10 - 17.30	Pauze/snack
17.30 - 18.10	<b>Casus (2) presentatie door een longarts tuberculosecoördinator</b> <b>Verdieping door</b> Onno Akkerman, longarts Tuberculosecentrum Beatrixoord (15 min casus presentatie, 10 min verdieping, 10 min discussie)
18.10 - 18.50	<b>NVVM en WIP richtlijn bespreking</b> , Wiel de Lange, longarts Tuberculosecentrum Beatrixoord
18.50 - 19.30	<b>Casus (3) presentatie door een longarts tuberculosecoördinator</b> <b>Verdieping door</b> Martin Boeree, longarts Tuberculosecentrum Dekkerswald (15 min casus presentatie, 10 min verdieping, 10 min discussie)
19.30	Evaluatie/Afsluiting
20.00	Diner

Vrijdag 8 januari 2016

<b>Ochtend</b>	<b>Thema: Diagnostiek en interventies die bijdragen aan eliminatie in NL</b> <b>Voorzitter:</b> Miranda Brouwer
<b>9.00 - 09.45</b>	Welke diagnostiek is nodig voor eliminatie? - Sandra Kik
<b>09.45 - 10.30</b>	Modeleren van interventies, wat leren we ervan? – Rein Houben*
<b>10.30 - 10.50</b>	Koffie
<b>10.50 - 11.15</b>	Speuren naar TB, de eNose – Cecile Magis
<b>11.15 - 12.00</b>	Future diagnostics – what is in the pipeline? - Kathleen England*
<b>12.00 - 12.30</b>	Discussie
<b>12.30 - 13.30</b>	<b>Lunch</b>
<b>Middag</b>	<b>Thema: <i>Verscherpte surveillance</i> – de onderste steen boven op weg naar eliminatie</b> <b>Voorzitter:</b> Connie Erkens
<b>13.30 - 14.00</b>	De techniek van de (clinical) audit – Thomas van den Akker
<b>14.00 - 14.25</b>	Vertaalslag naar de tuberculosebestrijding – Miranda Brouwer
<b>14.30 - 16.00</b>	Workshop in groepen** inclusief pauze (koffie/thee meenemen naar workshop)
<b>16.00 - 16.45</b>	Plenaire terugkoppeling en discussie
<b>16.45 - 17.00</b>	<b>Plenaire afsluiting</b>
	<b>Borrel</b>

\*Presentatie in het Engels.

\*\*Onderwerpen workshops (deelnemers kunnen hun voorkeur aangeven op het aanmeldformulier):

1. Verscherpte surveillance bij TB patiënten die TNF- blokkers gebruiken
2. Verscherpte surveillance bij TB patiënten die HIV geïnfecteerd zijn
3. Verscherpte surveillance bij TB patiënten die in de gezondheidszorg werkzaam zijn

### Inlichtingen over deelname en logistiek

Congresorganisatie Commissie Nascholing VvAwT

Mw. J. Huisman - van Berkel

Telefoon 06-51793457

e-mail: [van.berkel.cons@upcmail.nl](mailto:van.berkel.cons@upcmail.nl)

### Accreditatie

Wordt aangevraagd bij: ABSG ([www.absg.nl](http://www.absg.nl)) en NVALT ([www.nvalt.nl](http://www.nvalt.nl)).

# Onderzoekstage in Londen: Specifieke Immunotherapie: tolerantie is het doel

In 1911, ver voor de ontdekking van IgE, toonde Leonard Noon aan dat vaccinatie met graspollen effectief was bij hooikoorts patiënten. Het onderzoek is destijds gepubliceerd in de Lancet; "Prophylactic inoculation against hayfever". Het is zijn meest bekende maar ook zijn laatste publicatie, geschreven vanaf zijn ziekbed. Twee jaar later zou hij overlijden aan tuberculose. Noon is, in 1878 geboren, de zoon van een wiskundeleraar. Al tijdens zijn jeugd raakt hij bevriend met John Freeman met wie hij later zijn baanbrekende onderzoek doet. Freeman zal na het overlijden van Noon het onderzoek naar immunotherapie voorzetten en publiceert in 1930 het eerste rush schema.

Noon en Freeman werkten in het St. Mary's Hospital in Paddington, nu



Leonard Noon

geaffilieerd aan het Imperial College in Londen. Meer dan 100 jaar later is datzelfde Imperial college (en The Royal Brompton) nog steeds toonaangevend in het onderzoek naar immunotherapie. Professor Steven Durham heeft daar vanaf de jaren 90 van de vorige eeuw veel klinisch onderzoek verricht. Uiteindelijk hebben zij de klinische effectiviteit van immunotherapie bij allergische patiënten aangetoond in gerandomiseerde trials (o.a. Long-Term Clinical Efficacy of Grass-Pollen Immunotherapy, New Engeland 1999). De laatste jaren richten zij zich naast de klinische studies, ook op de immunologische mechanismes van immunotherapie. Werk met name uitgevoerd door Dr. Mo Shamji.

Afgelopen februari, aan het begin van mijn 5<sup>e</sup> opleidingsjaar in het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam, ontstond het idee voor een onderzoekstage van 3 maanden in Londen. Een uitgebreide mail aan professor Durham met de vraag of we samen konden werken werd per ommegaande positief beantwoord. Over de precieze inhoud zouden we later spreken. De voorbereiding kon beginnen, met name de jacht naar een betaalbare woonruimte. Woonruimte is er genoeg in Londen, betaalbaar bleek de uitdaging. Ik had een stiekeme hoop op een plekje in de oude zusterflat. Er schijnt er een tunnel te zijn die rechtstreeks naar de Brompton loopt. Als muren konden praten! Het is een studio in Kensington geworden.

Tijdens mijn verblijf heb ik 3 metro stakingen mee mogen maken, de stad volledig ontwricht. De eerste was op de dag dat Hans in 't Veen, mijn opleider, op bezoek kwam om de stage te evalueren. Zijn geplande lezing was door de staking voor een klein gezelschap maar nu is de ziektelastmeter bij COPD ook in de Brompton doorgedrongen.

Zoals bekend gaan astma en allergie (met of zonder allergische rhinitis) vaak samen. Als de allergie niet onder controle is, leidt dat ook tot slechte astma controle. Als allergieën vermijding en medicamenteuze behandeling niet voldoende effect hebben is immunotherapie een optie. Het is een immuun-modulerende therapie waarbij het effect ook aanwezig blijft na stoppen van de behandeling, er ontstaat tolerantie. Er kan zowel subcutaan (SCIT) als sublinguale (SLIT) therapie worden gegeven. Het onderliggende mechanisme voor het ontstaan van tolerantie is een verschuiving van een Th2 dominante respons naar een meer Th1 respons, regulatoire T-cellen spelen hierbij een centrale rol. Specifieke immunotherapie geeft, naast een verbetering van allergische rhinitis ook een betere astma controle en is daarom van belang voor longartsen.

Een nadeel van de behandeling is dat deze 3-5 jaar duurt waarbij therapietrouw van belang is. Op voorhand is niet te voorspellen of de behandeling succesvol zal zijn of niet. Daarom wordt er meer



EAACI Task Force (van links naar rechts): dr. Peter Andersen, Prof. dr. Oliver Pfaar, dr. Mo Shamji, Prof. dr. Erika Jensen-Jarolim, ik, Prof. dr. Barbara Bohle, Prof. dr. Steven Durham

en meer onderzoek gedaan naar (voorspellende) biomarkers. Vanuit de EAACI (European Academie of Allergy and Clinical Immunology) is er een werkgroep die zich bezighoudt met voorspellende biomarkers in allergische immunotherapie. Mo Shamji, mijn begeleider in Londen, is de voorzitter. Ik heb de mogelijkheid gekregen om aan te mogen sluiten en heb

mij de zomer bezig gehouden met het opstellen van een position paper namens de werkgroep. De verwachting is dat we voor kerst consensus hebben en dat de resultaten begin volgend jaar gepubliceerd worden en zullen tijdens de volgende EAACI in Wenen worden gepresenteerd. Voor mij persoonlijk is dit een natuurlijk een unieke ervaring geweest, het voelt

alsof ik mee heb mogen kijken in de keuken van een sterrenrestaurant. Mijn opleidingskliniek heeft dit mogelijk gemaakt. Ik ben geweldig ontvangen door Imperial College en de Royal Brompton en heb genoten van alles wat Londen verder te bieden heeft. En dat is heel wat.

Jasper Kappen



# Vanuit de Werkgroep Oncologie

## Verplichte registratie van longkanker

### Achtergrond

In 2013 zijn de oncologisch geïnteresseerde longartsen een lijst variabelen overeengekomen, die de longkankerzorg in beeld moeten brengen. De reden was, naast de eigen behoefte aan transparantie en kwaliteitsregistratie, dat er vanuit diverse gremia ongenueanceerde registraties werden gevraagd waar de longarts weinig invloed op had.

### Doel

De radiotherapie registratie (DLRA) en chirurgische registratie (DLSA) worden samen met het resterende deel van de longoncologie samengevoegd tot de DLCA, de Dutch Lung Cancer Audit. Hiermee wordt een registratie tot stand gebracht die de totale longkanker in Nederland in beeld brengt. Dit levert de mogelijkheid op basis van Bench Mark de eigen kwaliteit te spiegelen. Het levert transparantie van zorg en een belangrijk inzicht in b.v. de overlevingscijfers.

### Techniek

De registratie wordt binnen de organisatie van DICA gedaan. Hieruit volgt de rapportage. DICA krijgt geanonimiseerde data vanuit de ziekenhuizen waarbij de patiënt lijdend is. Een patiënt is uniek en wordt door diverse disciplines en instellingen maar één keer geregistreerd. De instellingen registreren in een door MRDM ingestelde registratie. Dit bedrijf mag wel met niet-geanonimiseerde data werken en zet dit geanonimiseerd door naar DICA zodra de ziekenhuizen de data goedgekeurd hebben.

### Organisatie

De instellingen hebben de registratieplicht. Binnen DICA wordt een wetenschaps-

raad en clinical audit board gevormd.

De clinical audit bord is verantwoordelijk voor de registratie en publicatie. Besluitvorming en zeggenschap over de data, wetenschappelijk gebruik van data (evt. door derden), het vaststellen van indicatoren en cetera is bij dit bestuur belegd. De clinical audit board bestaat uit 2 longchirurgen vanuit de Nederlandse Vereniging van Heelkunde, 2 vanuit de Nederlandse Vereniging van Thoraxchirurgie, 2 radiotherapeuten vanuit de Nederlandse Vereniging van Radiotherapie en Oncologie en 2 longartsen vanuit de NVALT, waarbij de longartsen ook de voorzitter leveren. DICA zal zorgen voor de ondersteuning van het bestuur met een projectleider, een arts-onderzoeker en het secretariaat die zorgen voor planning vergaderingen, jaarcyclus, communicatie, et cetera. Over stemrecht binnen het bestuur wordt voorgesteld dat elke WV 1 stem heeft en bij staken van de stemmen die van de voorzitter doorslaggevend is.

Voor aanvragen m.b.t. het gebruik van de data wordt een wetenschapsraad ingesteld met vertegenwoordiging uit alle genoemde verenigingen. Deze beoordelen en besluiten over deze aanvragen. Details volgen nog.

### Rol van IKNL

IKNL verzorg al jaren de kankerregistratie in Nederland. IKNL lijkt bereid haar organisatie aan te passen. Dit houdt in dat naast de basisregistratie wellicht ook een groot deel van onze variabelen door IKNL verzorgd kunnen worden en dat dit ook tijdig kan gebeuren. IKNL lijkt ook bereid hierover met de longartsen in de ziekenhuizen regelmatig te communiceren zodat er een goed vertrouwen in die registratie kan ontstaan. Besluiten zijn hierover nog niet genomen.

### Hoever staan we nu

Op dit moment komt er een testversie van de DLCA beschikbaar, worden de kinderziektes opgespoord en zullen verschillende longartsen meedenken over de inhoudelijke duidelijkheid en werkbaarheid. Dat is natuurlijk rijkelijk laat zo net voor het eind van het jaar. Vanaf 1 januari 2016 zal er worden geregistreerd. Als de registratiemodule nog niet beschikbaar is, dan wordt toch met terugwerkende kracht vanaf deze datum geregistreerd. Er zijn nog wel voorwaarden. Er moeten nog contracten definitief worden getekend.

### Advies

We moeten ervan uitgaan dat de laatste details in orde zullen komen. Er zijn tenslotte afspraken met andere partijen gemaakt over de registratie, zoals zorginstituut Nederland, de verzekeraars, patiëntenvetegenwoordiging en kwaliteitsinstituut. Ook als het registratiebestand nog niet operationeel is, is het advies wel te starten vanaf 1 januari b.v. in een eigen Excel registratie om zo sneller aan te haken als het DLCA open is. De bedoeling is door het jaar heen te registreren zodat er tijdige Bench Mark mogelijk is. Een voorbeeld Excel-bestand is via de NVALT site beschikbaar en ook de variabelen met definities zijn hier beschikbaar. Het definitieve bestand geïntegreerd met de radiotherapie en chirurgie is op de site nog niet beschikbaar.

### Aanvullingen en commentaar

Heeft u vragen of opmerkingen over de registratie nodig ik u van harte uit om dit via [hsmit@rijnstate.nl](mailto:hsmit@rijnstate.nl) te delen. Hulp is welkom.

## Vanuit de Werkgroep Infectieziekten Verdiepingsstage long-infectiologie Erasmus MC Rotterdam

De komende jaren zullen verdiepingsstages een onderdeel vormen van de opleiding tot Longarts. Zo is ook aan de werkgroep Infectieziekten(WIZ) gevraagd een verdiepingsstage Longinfectieziekten op te stellen. In het Erasmus MC is het al sinds enige tijd mogelijk om een verdiepingsstage Longinfectieziekten te volgen. Graag willen wij als illustratie verslag doen van onze ervaringen van deze stage.

*Als kersvers afgestudeerd longarts kon ik me dankzij een beurs van de Belgische Vereniging voor Pneumologie van oktober 2014 t/m maart 2015 verder bekwamen in de respiratoire infectiologie. De keuze viel al snel op een fellowship in de afdeling Longziekten en Tuberculose van Prof. dr. Henk Hoogsteden in het Erasmus MC te Rotterdam, waar ik heel hartelijk ontvangen werd.*

*Het dynamische team van Dr. Marleen Bakker, Dr. Menno van der Eerden en Drs. Rogier Hoek nam me vol enthousiasme op sleeptouw: aan micro-organismen van allerhande pluimage geen gebrek in Rotterdam. De longinfectiepoli bleek heel gevarieerd te zijn, en de dagelijkse patiëntenbesprekingen van topniveau. Dankzij de jarenlange expertise van Marleen kon ik o.a. meer ervaring opdoen in de diagnostiek en behandeling van tuberculose, en Menno wist me warm te maken voor non-cystic fibrosis (CF) bronchiëctasieën en Rogier voor de immuun-gecompromiteerde patiënten met infectieuze problemen. Daarnaast kreeg ik ook de kans om één en ander mee te pikken rond het transitieproces voor volwassen CF-patiënten, en de organisatie van een volwassen CF-centrum.*

*Momenteel ben ik terug voltijds werkzaam als stafid in het Universitair Ziekenhuis Gent, waar ik als takenpakket de respiratoire infecties en uitbouw van de volwassen CF-zorg heb opgenomen. De bagage die ik hiervoor meekreeg vanuit het Erasmus MC vormt hierbij nog dagelijks een troef!*

*Dr. Eva Van Braeckel  
Longarts UZ Gent*

*“Heb je nog plek voor een nieuwe patiënt?”. Met zijn karakteristieke guitige glimlach komt Menno mijn kamer binnenlopen. “Weer een second opinion, bronchiëctasieën volgens mij, veel plezier ermee!”. “En zo meteen CF bespreking he!”*

*Ja dat is waar ook, dan nu maar even snel even langs die patiënt met invasieve aspergillose die net opgenomen is, zonder bekende immuundeficiëntie, gek hoor. Op de gang zwaai ik naar de patiënt met zijn humorale immuunstoornis bij een status na thymoomresectie. Hij is kortademig, zouden dat zijn bronchiëctasieën zijn of toch een gevolg van de myasthenia gravis die hem ook nog ergens in het traject overkomen is? En dan langs mijn opgenomen polipatiënt die leert huffen en flutteren terwijl wij zijn pseudomonas trachten te eradiceren.*

*O wacht, de GGD belt, of wij willen meedenken bij die cognitief beperkte, niet-Nederlands sprekende patiënt met een open pulmonale TB. En oh ja, hij dialyseert driemaal per week, wat doen we dan met z'n medicatie? En die jongedame met die TB artritis van haar linkerheup, hoe zou het daarmee zijn?*

*Just another morning in het Erasmus MC.*

-----

*En ja, ik heb plek op de poli. En tijd. Tijd om me tot in de puntjes voor te bereiden op de zoveelste interessante casus die voor mijn bureau verschijnt.*

*In het laatste jaar van mijn opleiding Longziekten in het Medisch Centrum Alkmaar heb ik de kans gekregen om een half jaar een verdiepingsstage Infectieziekten te volgen in het Erasmus MC. Ik doe dit nu sinds 1 oktober en met erg veel plezier.*

*Gedurende de stage woon ik de ochtendoverdracht en grote visite bij, en krijg de gelegenheid interessante klinische infectiepatiënten te vervolgen. Verder ben ik het aanspreekpunt voor consulten op de afdeling hematologie, waar als gevolg van de immuun-gecompromiteerde status van de gemiddelde patiënt aldaar een scala aan (opportunistische) infectieuze problemen voorkomt. Uitgebreide invasieve schimmelinfecties, dramatisch necrotiserende pneumonieën; de eerste maand wist ik niet wat me overkwam, echt een heel bijzonder aanbod van pathologie.*

*Ik doe drie dagdelen poli, waarbij ik onder andere veel patiënten zie voor analyse van recidiverende luchtweginfecties en/of bronchiëctasieën, meestal*

verwijzingen uit andere centra in de regio. En naast alle aandoeningen uit het 'Handboek Infectieziekten voor de Longarts' (als dat zou bestaan) zie ik 1 dagdeel per week met name Tbc-patiënten.

De rest van de tijd is vrij in te richten voor verdieping, voorbereiding van de poliklinieken en administratie (geen overbodige luxe in de academie ;) waarbij er daarnaast een actieve inbreng wordt verwacht in een aantal besprekingen. Het meest interessant voor de stage zijn de maandelijkse TBC bespreking en de wekelijkse Immunologiebespreking die samen met de klinische immunologie georganiseerd wordt. Verder worden er vanuit het EMC een groot aantal cursussen en congressen georganiseerd, zoals heel recent de 'Masterclass TBC' waar ik van harte welkom was. Omdat ik zelf graag meer wilde leren over de behandeling van CF patiënten, ben ik vaak aanwezig bij de 2-wekelijkse CF bespreking waar in aanwezigheid van de CF-artsen, -verpleegkundigen, diëtiste, fysiotherapeut, medisch psycholoog en apotheker alle CF patiënten besproken

worden die zijn opgenomen of hun 2-jarlijks 'groot onderzoek' op de poli gehad hebben. Verder krijg ik gelegenheid om CF patiënten tijdens hun klinische opnames te zien en bij gelegenheid zie ik poliklinisch CF spoedconsulten, altijd in nauwe samenwerking met de CF-specialist.

De infectiepoli's vormen de basis van de stage, maar daarnaast is er volop gelegenheid om de stage naar eigen inzicht aan te passen. Zo zal ik de komende maanden de analyse van recidiverende infecties op de polikliniek Immunologie doen en mag ik een aantal dagdelen aanwezig zijn op het Tropenspreekuur van het Havenziekenhuis te Rotterdam.

Kortom, een tot nu toe fascinerende stage met boeiende pathologie en genoeg tijd en opening voor eigen initiatief. Een aanrader!

Josje Altenburg  
AIOS Medisch Centrum Alkmaar

# Vanuit de Werkgroep ademhaling tijdens sport en hobby onder bijzondere omstandigheden

## Duikgeneeskunde voor longartsen: Symposium op Bonaire

### Een samenwerking tussen Scott Haldane Foundation en NVALT WASHB

De afgelopen eeuw zijn de mogelijkheden om extreme omstandigheden te verkennen en te gebruiken "ontgonnen" en in het bijzonder de laatste decennia is er in toenemende mate sprake van het opzoeken van extreme omstandigheden. In 1903 hebben de gebroeders Wright hun Wright Flyer gemaakt, het eerste gemotoriseerde vliegtuig, dat echt van de grond kwam. Dat gebeurde bij het dorp Kitty Hawk, in de Amerikaanse staat North Carolina.

Het eerste SCUB Apparaat (Self Containing Underwater Breathing Apparatus) stamt uit 1943, ontworpen en gebouwd door Emile Gagnan en Jacques-Yves Cousteau.

In 1921 werd de eerste expeditie ondernomen naar de Qomolangma (Mt Everest) en op 29 mei 1953 bereikten Edmund Hilary en Tenzing Norgay voor het eerst de top (ca 8850mtr)

Ook de ruimte werd geëxploreerd. Een Amerikaanse raket kwam als eerste door de atmosfeer in de ruimte in 1949. De eerste Russische kunstmaan Spoetnik 1, werd op 4 oktober 1957 gelanceerd en maakte een baan om de aarde. Apollo 11 bracht op 21 juli 1969 de mens in fysiek contact met de maan.

Bij deze voorbeelden betrof het geselecteerde getrainde mensen. Echter gaandeweg zijn deze mogelijkheden algemeen toegankelijk geworden.

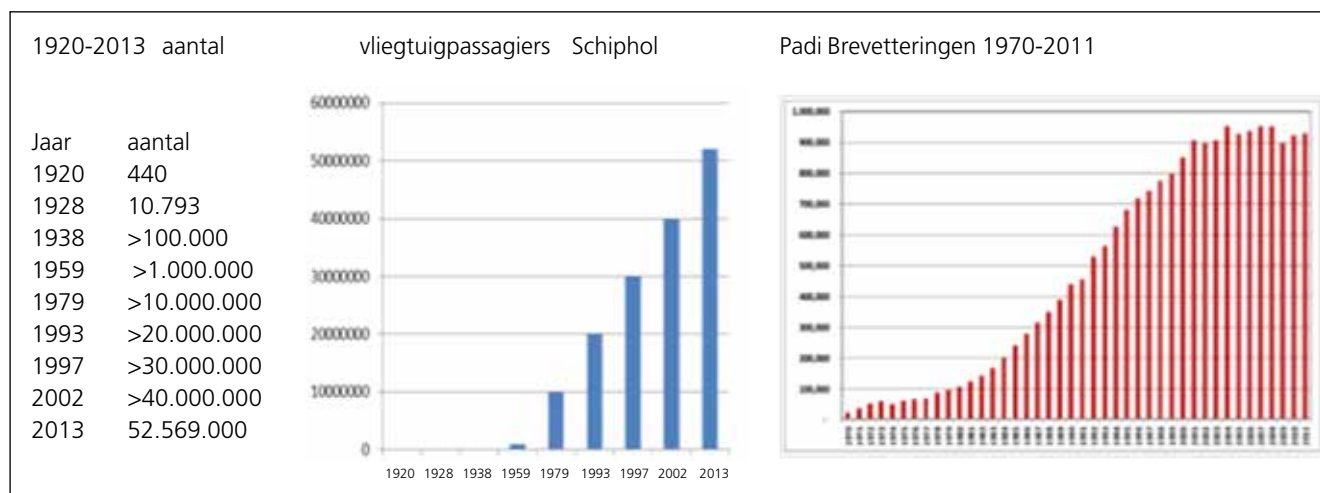
Men maakt gebruik van vliegtuigen, gaat skiën, maakt wandelingen op grote hoogte en ook de hoogste plek op aarde is meer en meer een toeristische attractie aan het worden. Dit, ondanks de daarmee samenhangende risico's. Ook de wereld onder water is na het ontwikkelen van het SCUBA, steeds toegankelijker.

Om een indruk te geven van de toename in gebruik van deze mogelijkheden (zie tabel 1).

De gezamenlijke noemer van deze extreme condities is te vatten onder atmosferische druk en de daarmee samenhangende partiële (O<sub>2</sub>) gas- spanningen. Daarbij is vooral het verschil drukveranderingen opmerkelijk wanneer met duiksport vergelekt met vliegen e/o bergsport. Een sportduiker kan/mag bij voldoende brevettering al tot zo'n 30-40 meter diepte afdalen, waarbij de barometrische druk stijgt van 1 atmosfeer (Bar) naar 5 atmosfeer (op 40 m diepte). (1 ATA = 1 atmosfeer absoluut = 1 Bar = 100 kPa = 1000 hPa ≈ 750 mmHg).

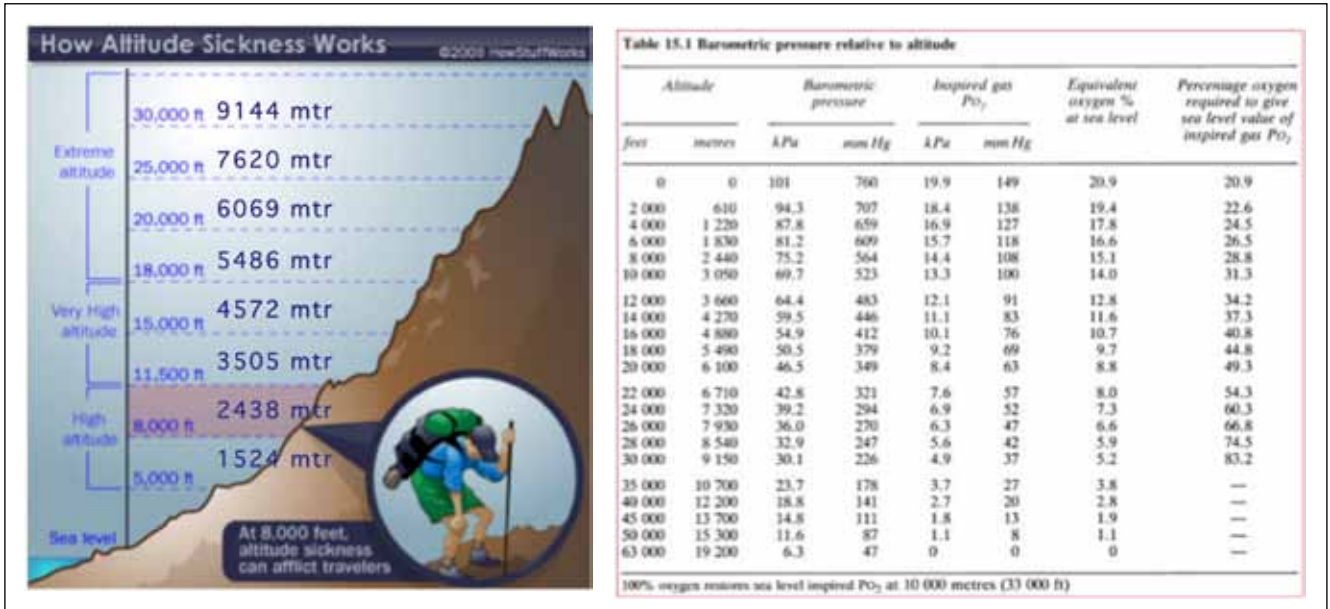
Bij vliegen (minimale vereiste cabine druk 2438mtr) daalt de barometrische druk met zo'n 25%. Dat betekent dat bij duiken naast hoge partiële drukken in het lichaam ook barotrauma's een rol kunnen spelen, terwijl bij vliegen en bergsport voornamelijk de partiële drukken een rol spelen.

Tabel 1



Bron CBS

Tabel 2



Bron Nunn's respiratory Physiology<sup>1</sup>

Bovenstaande tabel 2 uit *Nunn's applied Respiratory Physiology*<sup>1</sup> illustreert dit.

Als voorbeeld: men zou in een lijnvliegtuig tijdens de vlucht op bv 11 km hoogte en bij een cabine druk van 75kPa (0.75 Bar) een  $FiO_2$  van ca 29% moeten geven om een vergelijkbare hoeveelheid  $O_2$  als op zeeniveau (ppm) in te ademen en bij een tocht naar de Mount Everest op de top een  $F_iO_2$  van ca 75%.

Andersom gaan bij duiken eerder hoge partiële drukken een rol spelen, waarbij o.m. rekening gehouden moet worden met toxische effecten van hoge partiële drukken  $O_2$  en  $N_2$ . Ter illustratie: Tabel 3 : bij  $O_2$  kan een partiële druk boven 1,6 Bar tot  $O_2$  intoxicatie leiden: bij buitenlucht mengsel wordt deze partiële spanning bereikt op 66 meter diepte en bij verrijkte  $O_2$  mengsels (bv nitrox 40 = 40%  $O_2$ ) op geringere diepte.

Tabel 3

Depth (fsw)	Depth (msw)	Pressure ATA	Air 21% $O_2$ 79% $N_2$		Nitrox 40% $O_2$ 60% $N_2$	
			$pO_2$ ATA	$pN_2$ ATA	$pO_2$ ATA	$pN_2$ ATA
surface	surface	1.0	0.21	0.79	0.40	0.6
33	10	2.0	0.42	1.58	0.80	1.2
66	20	3.0	0.63	2.37	1.20	1.8
99	30	4.0	0.84	3.16	1.60	2.4
132	40	5.0	1.05	3.95	2.00	3.0
218	66	7.61	1.60	6.01	3.00	4.6
297	90	10.0	2.10	7.90	4.00	6.0



## Commissies, secties en werkgroepen

---

Steeds vaker worden we als longarts geconfronteerd met de vraagstelling

“Fit to Fly” en “Fit to Dive” bij een longaandoening. Om deze vragen te kunnen beantwoorden is binnen NVALT een initiatief ontstaan in 2011 wat heeft geleid tot het oprichten van de werkgroep (WASHBO). De werkgroep heeft inmiddels deelgenomen aan nascholingsactiviteiten van NVALT en is nu bezig met het voltooien van een position paper waarin de bestaande richtlijnen via literatuurstudie zijn gescreend op “evidence”. Als ander initiatief van de werkgroep wordt in 2016 een symposium georganiseerd in samenwerking met Scott Haldane Foundation.

De Scott Haldane basis cursus duikgeneeskunde is in Nederland de enige internationaal erkende en geaccrediteerde cursus voor artsen die kennis willen opdoen over duik- en hyperbare geneeskunde. Van 4 tot 11 juni 2016 heeft de SHF samen met de NVALT Werkgroep Ademhaling tijdens Sport en Hobby onder Bijzondere Omstandigheden (WASHBO) de cursus duikgeneeskunde voor de longarts samengesteld. Hierbij wordt het gehele gebied van de luchtwegen belicht vanuit

beide disciplines. De onderwerpen worden belicht vanuit de long(patho)fysiologie naast algemene onderdelen met betrekking tot duikgeneeskunde. Duiken en werken onder overdruk onderscheiden zich wezenlijk van activiteiten onder normale atmosferische druk. Bewusteloosheid onder water leidt in de meeste gevallen tot acute verdrinking. Bovendien hebben vele, vaak onschuldige, lichamelijke afwijkingen wel bijzondere consequenties voor het uitoefenen van de duiksport. De longen spelen een belangrijke rol bij veel, in het bijzonder, ernstige duikongevallen. Daarnaast vormen (aspirant) duikers met longproblemen een steeds grotere groep. Bij duikerartsen is er een toenemende behoefte om een longarts te raadplegen met kennis van duikgeneeskunde. Het is dan belangrijk dat de longarts de risico's kan inschatten die hyperbare omstandigheden met zich meebrengen.

Voor informatie over- en eventueel aanmelden voor - deze geaccrediteerde cursus:  
<http://www.scotthaldane.nl/nl/home/evenement/54-basiscursus-duikgeneeskunde-voor-longartsen-deel-1-bonaire>



# Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen

Het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis ligt in de oudste stad van Nederland. Nijmegen, keizer Karel woonde er en Frank Boeijen zong er een lied over. Mochten bovengenoemde personen je niet bekend voorkomen, Nijmegen heeft ook de Vierdaagse feesten, die kent iedereen!

In ons perifere ziekenhuis werken 7 longartsen en 7 opleidingsassistenten, met versterking van een PA en een assistent van de interne geneeskunde. Met 36 bedden hebben wij een drukke kliniek met een hoge turn over. Het hele spectrum van de Longgeneeskunde komen wij tegen op onze polikliniek. Wij zijn daarnaast een satelliet centrum ILD ziekten gelieerd aan het Erasmus UMC. Naast kennis opdoen van ILD is er veel aandacht voor interventies. Als je opgeleid bent in het CWZ sta je namelijk bekend als een handige meid (of jongen natuurlijk). Voor een thoracoscopie draaien wij onze

hand niet om en aan het einde van onze opleiding kunnen we allemaal EBUSsen. Voor de enthousiastelingen is er nog de mogelijkheid om de starre bronchoscoop te hanteren. Een leuke bijkomstigheid aan onze opleiding is dat ons bioritme alleen wordt verstoord door huilende kinderen, de nachtdiensten zijn namelijk uitbesteed aan de interne geneeskunde.

Behalve verdieping in onze eigen kliniek hebben we een goede samenwerking met onze burens in het Radboudumc en Rijnstate ziekenhuis in Arnhem. Maandelijks hebben we opleidingsavonden, afwisselend in elke kliniek.

Er is uiteraard ook ruimte voor ontspanning naast het werk. Na de opleidingsvergadering wordt er gezamenlijk nagepraat tijdens een goed driegangen diner, in een restaurant direct naast het ziekenhuis,



zodat de dienstdoende assistent ook de mogelijkheid heeft een vorkje mee te prikken. Helaas heeft deze laatste niet de gelegenheid om mee te genieten van het wijnarrangement, maar zal deze het met een colaatje moeten doen.

Binnen het CWZ is een actieve arts-assistenten vereniging die met maandelijkse borrels en diverse andere activiteiten de intercollegiale banden versterkt. Ook op het meest recente Superhelden-feest was de afdeling longziekten sterk vertegenwoordigd, wat helaas wordt bevestigd met beeldvorming.

Bart de Brouwer  
Ruben Zaal  
Ingrid de Backer  
Bas Robberts  
Janine Semeleer  
Lyvonne Floris  
Kim Kuppens





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

### Jeske Staal-van den Brekel

Geboren: Vught, 1965

Opleidingskliniek: MUMC

Huidige kliniek: Ziekenhuisgroep Twente

#### Waarom koos je uiteindelijk specifiek voor de specialisatie longziekten?

Het coschap longziekten was mijn eerste senior coschap in Utrecht, in het paviljoen van het oude AZU. Buiten op het bankje bij de ingang zaten herstellende patiënten in het zonnetje te kletsen en een sigaretje te roken en binnen begon voor mij het proces van dokter worden. Vanaf het begin van mijn coschap longziekten werd ik gegrepen door de variëteit in werk en patiënten, allerlei soorten mensen van jong tot oud, acuut en chronisch, een verscheidenheid van aandoeningen en behandelingen, tot op de dag van vandaag geniet ik enorm van mijn werk.

#### Wat is je aandachtsgebied en waarom?

Mijn aandachtsgebied is oncologie. In 1991 startte ik in Maastricht met mijn promotie onderzoek waarbij ik keek naar het metabolisme en het inflammatiepatroon van longkanker. Door het werk in het laboratorium leerde ik veel over de basale mechanismen rondom longkanker. De ontwikkelingen van de tumor targeted therapy vind ik

momenteel een bijzondere uitdaging, steeds weer voor elke patiënt precies die therapie zoeken die voor hem of haar het meest optimaal is, blijft een uitdaging. De wetenschap dat er tegenwoordig heel wat meer lijnen van behandeling bestaan, maakt het werk prettiger. Maar helaas overlijden er nog veel te veel mensen aan deze ernstige aandoening. Tevens houd ik mij al vele jaren bezig met revalidatie, de COPD revalidatie vind ik een hele positieve manier om COPD patiënten verbetering te bieden in kwaliteit van leven. Sinds kort hebben we in ons ziekenhuis ook de oncologische revalidatie opgezet waar ik bij betrokken ben samen met de revalidatiearts. De pulmonale hypertensie is een nieuw aandachtsgebied binnen de ZGT. Het wordt steeds verder uitgebouwd samen met de cardiologen van ZGT en het kennis centrum VUMC, ik ben daarvoor de back-up voor mijn collega Milena Roorda, even iets heel anders dan oncologie.

#### Tijden veranderen. Waar verlang je naar terug?

De efficiëntie van visite lopen met de hoofdzuster in Stoke on Trent in Engeland, op de afdeling chirurgie, gekleed in donkerblauwe jurk met donkerblauw hoofdkapje. Aan de kleuren van het uniform herkende je de opleidingsstatus van de verpleegkundigen, bijzonder handig. Natuurlijk is het huidige visite lopen met de afzonderlijke verpleegkundigen voor 6 patiënten goed met het oog op persoonlijke zaken, maar de kennis die de hoofdzuster in die tijd had van alle patiënten en de reductie van ruis die dat met zich meebracht, was wel heel erg prettig.

#### Wat zijn je ambities?

Mijn ambitie is om de oncologische zorg binnen Twente te optimaliseren door goede samenwerking tussen ZGT en MST te bewerkstelligen, ook voor de andere oncologische disciplines binnen de ziekenhuizen. Door onze krachten te bundelen kunnen we samen met

de universitaire centra de zorg voor de Twentse oncologische patiënt voor de toekomst veilig stellen.

Daarnaast wil ik er graag een lans voor breken dat we in Nederland de tumor targeted therapy gaan concentreren bij enkele dokters in perifere centra die nauw samenwerken met academische centra om zo de zorg over Nederland gelijkmatig te verdelen, alleen op die manier kunnen we kennis bundelen, voldoende patiënten includeren in studies, goed registreren en verder komen in ons kennisniveau.

#### Wat is een verslechtering in de zorg

De steeds maar wisselende financieringssystemen van de zorg. Het geld en de tijd die we het afgelopen jaar hebben moeten besteden aan weer een nieuw financieringssysteem had vele malen beter besteed kunnen worden aan een gezamenlijk elektronisch patiënten dossier in Nederland voor alle ziekenhuizen zodat we eindelijk eens fatsoenlijk data kunnen uitwisselen met elkaar en niet iedereen steeds het wiel opnieuw moet uitvinden voor de ontwikkeling van de dossiers en registratielijsten.

#### Hoe zoek je ontspanning?

Ontspanning vind ik bij mijn gezin, heerlijk eten met vrienden, tuinieren, wandelen met de hond, piano spelen maar ook veel sporten, roeien na een drukke dienst of MDO oncologie of zomaar in het weekend, dat is heerlijk om je hoofd leeg te krijgen. Alleen in een skiff of samen met vriendinnen in een dubbel twee of vier, genieten van de prachtige natuur in Twente.

#### Waar ben je het meest trots op in je loopbaan als longarts?

Het team van mensen om mij heen waar ik dagelijks mee mag werken, variërend van de secretaresses, de regio- en oncologieverpleegkundigen, de researchverpleegkundigen, de fysiotherapeuten etc. etc. en niet te vergeten mijn collega's met wie we heel

wat uitdagingen aan gaan in deze sterk veranderende tijden.

### Wat was de belangrijkste verandering gedurende je loopbaan?

De overgang van een academisch ziekenhuis (MUMC) naar een perifeer ziekenhuis (Twenteborg) welke vervolgens fuseerde tot een groot perifeer ziekenhuis met Hengelo (ZGT). De korte lijntjes die ik bij aanvang in het Twenteborg ziekenhuis aantrof maakte dat je je zaken binnen het ziekenhuis makkelijk kon regelen, met het steeds maar verder uitdijen van maatschappen en samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen wordt het lastiger om de mensen om je heen goed te kennen, het maakt het werk onpersoonlijker en zakelijker, maar het heeft wel degelijk een goed doel.

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

Zorg dat je niet alleen binnen je eigen spreekkamer en vakgroep werkt, maar dat je ook binnen de ziekenhuisorganisatie taken hebt, het maakt je werk veelzijdiger, je bent in staat om dan problemen binnen de organisatie vanuit meerdere gezichtspunten te beschouwen en je wordt hierdoor een betere longarts. De longarts moet het hebben van teamwerk binnen de

ziekenhuisorganisatie, daar zijn we doorgaans goed in.

### Wat is de grootste uitdaging in je werk?

Het steeds weer uitrollen van nieuwe ontwikkelingen samen met het behandelteam. Momenteel leggen we ons toe op verbetering van zorg rondom de oncologische geriatrische patiënt en de oncologische revalidatie. Het teamwerk wat hier voor nodig is vind ik keer op keer inspirerend en maakt dat je steeds weer kritisch kijkt naar de dagelijkse gang van zaken

### Hoe zie je de toekomst van de longarts het ziekenhuis?

De longartsen die zich bezig houden met de pulmonale oncologie gaan in de toekomst steeds nauwer samenwerken met collega's van andere disciplines die de oncologie bedrijven. Op die manier kunnen we meer gebruik maken van elkaars kennis en kunde daar waar er in de toekomst steeds meer overlap in systemische therapie zal zijn bij de diverse tumorsoorten. Maar dit gaat ook op voor de slaapdeskundigen, TBC behandelingen, pulmonale hypertensie, de multidisciplinaire aanpak zal steeds meer worden uitgewerkt voor de diverse ziektebeelden.

De COPD zorg zullen we voor een deel weliswaar overdragen aan de eerste lijn, maar we moeten als longartsen

investeren in goede diagnostische paden voor de 1<sup>e</sup> lijn in nauwe samenwerking met de cardiologen, daarnaast moeten we een goede opvang bieden voor patiënten met ernstig COPD en ook daarvoor geldt de multidisciplinaire aanpak.

### In welk anders land zou je willen leven en werken?

Australië, onze zoon heeft daar 1 jaar gewerkt en gestudeerd en uiteraard zijn we hem daar gaan bezoeken, de prachtige natuur, de ruimte en cultuur, de rust en vriendelijkheid van de mensen vond ik geweldig.

### Wat is je lijfspreuk?

Geniet vandaag samen met diegene die je dierbaar zijn.

### Aan wie mogen wij de volgende keer vragen stellen?

Anton Vonk Noordergraaf, in onze opleidingstijd zaten we naast elkaar bij de stralingscursus, het gemak waarmee hij de problemen destijds al oploste, maakte mij gepast jaloers. De manier waarop hij in VUMC het kenniscentrum voor de pulmonale hypertensie van de grond heeft gekregen vind ik ongelooflijk knap. Daarnaast mag ik hem bijzonder graag als persoon in al zijn bescheidenheid en vriendelijkheid.





Samenvatting proefschrift Armine Otto-Minasian

## COPD AND PULMONARY FUNCTION IN HEART FAILURE: A MATTER OF DEFINITION

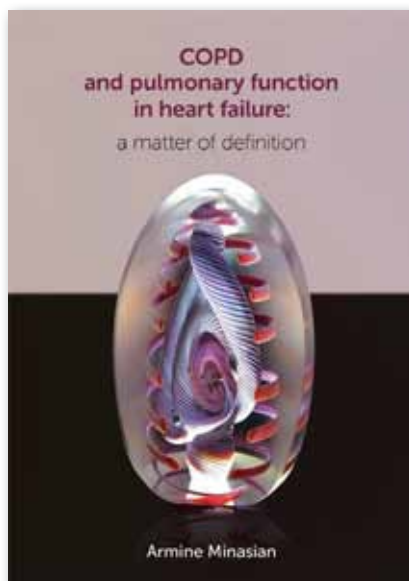
8 oktober 2015,  
Radboudumc Nijmegen  
Promotor: Prof. dr. P.N.R. Dekhuijzen  
Copromotoren:  
Dr. F.J.J. van den Elshout,  
Dr. Y.F. Heijdra, Dr. P.J.E. Vos

Patiënten met chronisch hartfalen (CHF) worden vaak beperkt in hun dagelijkse activiteiten door kortademigheid en een verminderd inspanningsvermogen. Een deel van deze klachten kan echter ook het gevolg zijn van een bijkomende longaandoening, zoals chronisch obstructieve longziekte (COPD) of een andere longfunctiestoornis. Beide kunnen de prognose van deze patiëntengroep negatief beïnvloeden. Desondanks is slechts weinig bekend over hoe vaak COPD en andere longfunctiestoornissen nu eigenlijk voorkomen bij patiënten met CHF en wat de invloed is van verschillende definities van COPD en andere longfunctiestoornissen op de gevonden prevalentie. Ten slotte zijn er tegenstrijdige data betreffende het effect van bronchodilatantia op de longfunctie en de mate van dyspnoe bij patiënten met CHF. Het is daarom onduidelijk of deze patiënten gebaat zijn bij het inhaleren van luchtwegverwijdende medicijnen.

Het doel van dit proefschrift was het verschaffen van meer inzicht in het vóórkomen van COPD en longfunctiestoornissen, gebruikmakende van verschillende definities, bij patiënten met CHF. Hiertoe werd de 'lower limit of normal' (LLN) vergeleken met de conventionele afkapwaarden ( $FEV1/FVC < 0.7$ , TLC en TLCoc  $< 80\%$  van voorspeld). Daarnaast was ons streven om onderen overdiagnostiek van COPD volgens deze verschillende definities in kaart te brengen en de noodzaak te bepalen van het herhalen van longfunctietesten om een correcte diagnose van COPD te stellen. Tevens wilden wij mogelijke voorspellers van longfunctiestoornissen

volgens de verschillende definities identificeren bij patiënten met CHF. Tenslotte wilden wij het effect van luchtwegverwijdende medicijnen bepalen op de longfunctie en kortademigheid bij patiënten met CHF.

Voor de eerste studie werden 187 poliklinische patiënten met stabiel systolisch CHF zonder aanwijzingen voor longvatovervulling onderzocht middels spirometrie voor en na bronchodilatatie. Een vervolgspirometrie werd verricht drie maanden na behandeling met 18 mcg tiotropium bij patiënten met een nieuw gestelde COPD diagnose. De resultaten van deze studie toonden dat COPD substantieel minder vaak voorkwam volgens de LLN versus de vaste afkapwaarde van  $FEV1/FVC < 0.7$  (20% versus 32%). Bovendien bleken patiënten met COPD volgens de LLN definitie klinisch meer relevant COPD te hebben dan patiënten met COPD volgens de conventionele afkapwaarde. COPD bleek vaak onder- (32-43%) of juist overgediagnosticeerd (50-32%) te zijn afhankelijk van de gekozen definitie (LLN-conventioneel). Wij concludeerden dat onder stabiele en niet-overvulde omstandigheden het niet noodzakelijk is om spirometrie te herhalen voor het stellen van een correcte diagnose van COPD, aangezien een nieuw gestelde COPD diagnose gehandhaafd bleef bij de



meerderheid van de patiënten met CHF 3 maanden na behandeling met tiotropium.

Het vóórkomen van longfunctiestoornissen in algemene zin werd onderzocht bij 164 poliklinische CHF patiënten met systolische dysfunctie zonder bekende long- of andere aandoeningen die de longfunctie konden beïnvloeden. Een diffusiestoornis en luchtwegobstructie waren veelvoorkomend, maar kwamen significant minder vaak voor volgens de LLN dan de conventionele afkapwaarden van < 80% voorspeld: respectievelijk 44% versus 58% en 26% versus 37%. Restrictie werd daarentegen weinig waargenomen, onafhankelijk van de gebruikte definitie (respectievelijk 7% en 5%). De conventionele afkapwaarden classificeerden meer patiënten tot het hebben van een diffusiestoornis, luchtwegobstructie, of gecombineerde

longfunctiestoornis in vergelijking met de LLN, hetgeen leidde tot misclassificatie van 27% van de patiënten. De LLN identificeerde meer voorspellers van een diffusiestoornis en luchtwegobstructie dan de conventionele afkapwaarden.

Tenslotte werd retrospectief het effect van gecombineerd 400 µg salbutamol en 80 µg ipratropium geëvalueerd op de longfunctie en kortademigheid bij 116 poliklinische CHF patiënten met een systolische dysfunctie zonder een voorgeschiedenis van COPD of astma. Post-bronchodilatatie verbeterden alle spirometrische parameters met uitzondering van de geforceerde vitale en inspiratoire capaciteit. Bij ongeveer 40% (n = 25/64) van de patiënten met luchtwegobstructie trad een volledig herstel op. Verbetering van kortademigheid was daarentegen klein en bleek niet gecorreleerd te zijn met de verbeteringen in longfunctie in deze

geselecteerde studiepopulatie.

Samenvattend zijn COPD en andere longfunctiestoornissen veelvoorkomend bij patiënten met CHF, maar de gebruikte definitie hiervoor beïnvloedt de prevalentiecijfers substantieel. Bronchodilatantia verbeteren de longfunctie maar niet de dyspnoe bij patiënten met CHF.

Mijn proefschrift toont aan dat meer aandacht vereist is voor het gezamenlijk voorkomen van zowel long- als hartaandoeningen. Een meer geïntegreerde aanpak van diagnostiek en behandeling van COPD en hartfalen is dan ook noodzakelijk.

Het proefschrift is te downloaden op <http://repository.ubn.ru.nl>  
Contactgegevens:  
aminasian@rijnstate.nl





Samenvatting proefschrift Lous (L.H.M.) Rijssenbeek-Nouwens

## ASTMACONTROLE, PATIËNT EN OMGEVING

2 december 2015,  
Universiteit van Amsterdam  
Promotor: Prof. dr. E.H.D. Bel  
Co-promotor: Dr. E.J.M. Weersink

Astmacontrole is het doel van astma behandeling en wordt gedefinieerd als de mate waarin de manifestaties van astma zijn gereduceerd. Ondanks de beschikbaarheid van goede medicatie blijkt astmacontrole moeilijk te bereiken. In dit proefschrift hebben wij ons gericht op niet-medicamenteuze factoren die van invloed op astmacontrole kunnen zijn. Daarbij hebben we zowel patiënt- als omgeving-gerelateerde factoren onderzocht.

### Patiëntgerelateerde factoren

#### 1. De relatie tussen therapietrouw en astmacontrole

Aan de hand van recept registraties van 47 apotheken hebben we patiënten geselecteerd die hoge doseringen inhalatie steroïden voorgeschreven kregen. Aan hen hebben we gevraagd om vragenlijsten in te vullen over onder andere de diagnose en de mate van astmacontrole. Van ruim 750 patiënten met astma had 60% een ongecontroleerd astma. Driekwart van de patiënten haalde niet consequent de voorgeschreven hoeveelheden inhalatiemedicatie op. Daarbij bleek geen verband te bestaan met het hebben van een goede of slechte astmacontrole. Het lijkt daarom

waarschijnlijk dat er andere factoren zijn die bijdragen aan een slechte astmacontrole dan het onvoldoende gebruiken van voorgeschreven medicatie.

#### 2. De relatie tussen gezondheids-toestand en astmacontrole

Bij astma worden de Astmacontrole Questionnaire (ACQ) en de Astma Kwaliteit van Leven vragenlijst (AQLQ) veel gebruikt. De ACQ stelt vragen over symptomen, beperkingen in activiteiten, noodmedicatie gebruik en de longfunctie. De AQLQ heeft daarnaast vragen over het emotioneel functioneren van de patiënt en de invloed van omgevingsfactoren op astmacontrole. Deze vragenlijsten geven geen compleet beeld van de verschillende gebieden van de gezondheidstoestand die astmacontrole kunnen beïnvloeden. Daarnaast geven ze maar weinig informatie over de klinische, fysiologische, functionele en psychosociale gebieden en de samenhang daartussen. Wij hebben onderzocht of het Nijmegen Clinical Screening Instrument (NCSI), ontwikkeld voor COPD ook toepasbaar is bij astma. Het NCSI blijkt bij moeilijk te controleren astma een goed instrument te zijn om essentiële gebieden van de gezondheidstoestand in kaart te brengen. Het is dus aannemelijk dat het NCSI ook bij astma een vollediger beeld van de complexe factoren geeft, omdat specifieke kenmerken van het astma

samen met patiënt gerelateerde factoren in beeld worden gebracht.

### Omgeving gerelateerde factoren

#### 3. Het effect van het saneren ten aanzien van één omgevingsfactor op astmacontrole

Tallose omgevingsfactoren, allergische en niet-allergische, zijn van invloed op de controle van astma. De huisstofmijt wordt als een belangrijke allergeen-producent gezien. Om het effect van speciale huisstofmijt-ondoorgankelijke matrashoezen op astmacontrole te onderzoeken hebben we 30 patiënten met matig tot ernstig astma in Nederland bestudeerd. Gedurende een jaar kreeg de interventiegroep echte hoezen en de controlegroep nep-hoezen. Uit ons onderzoek bleek dat de werkzame matrashoezen de concentratie huisstofmijtallergeen significant verminderden ten opzichte van de nep-hoezen. Er werd echter geen verschil tussen beide groepen gezien in astmacontrole en kwaliteit van leven. Bij de groep patiënten die nephoezen hadden gekregen vonden we wel een versterkte, vroege reactie van de luchtwegen na de blootstelling aan huisstofmijten en een verhoogd aantal eosinofielen in het bloed. Bij de groep patiënten met de werkzame hoezen werden op deze punten geen significante veranderingen gemeten. Onze studie toonde aan dat deze matrashoezen alléén niet effectief zijn om de astmacontrole te verbeteren, maar wel iets doen op allergisch en inflammatoir gebied.

4. *Het effect van het saneren ten aanzien van meerdere omgevingsfactoren op astmacontrole*  
 Interventie op één omgevingsfactor bleek onvoldoende om astmacontrole te beïnvloeden. Vervolgens hebben we onderzocht wat het effect is van de totaal prikkelarme omgeving in Davos op astmacontrole. De hooggebergte omgeving (1600 m boven zeeniveau) wordt gekenmerkt door sterk verminderde concentraties huisstofmijt, pollen, schimmelsporen en luchtverontreiniging. Hooggebergte-behandeling combineert de prikkelarme omgeving met behandeling op maat van het astma fenotype en de gezondheidstoestand van de patiënt. Deze longrevalidatie behandeling verschilt niet wezenlijk van de behandeling van ernstig astma zoals die gebruikelijk is in astmacentra in Nederland. Wij hebben het effect van hooggebergtebehandeling gedurende 12 weken bij niet-allergische patiënten vergeleken met het effect bij allergische patiënten. Beide groepen lieten een overeenkomstige significante verbetering zien in astmacontrole en kwaliteit van leven, afname van bovenste luchtwegklachten, en een verbeterde longfunctie en inspanningstolerantie. Bijna de helft van de patiënten met een huisstofmijtallergie en een derde van de niet-allergische patiënten

konden de onderhoudsdosering orale steroïden volledig stoppen, terwijl bij de overige patiënten de dosis aanzienlijk verlaagd kon worden.

#### Conclusies

1. We concluderen dat meer dan de helft van de patiënten het astma niet onder controle heeft en het medicatiegebruik daar niet de belangrijkste oorzaak van is.
2. Het NCSI kan helpen om de complexiteit van de gezondheidstoestand en de factoren die een rol kunnen spelen bij astmacontrole beter in beeld te krijgen.
3. Het reduceren van één omgevingsallergeen heeft geen effect op astmacontrole. Het doet wel iets ten aanzien van de mate van inflammatie en allergie.
4. In de totaal prikkelarme omgeving in het hooggebergte daarentegen, in combinatie met de multidisciplinaire behandeling die ingaat op alle aspecten van de gezondheidstoestand van de patiënt, wordt een hoge mate van astmacontrole bereikt bij vrijwel alle patiënten met moeilijk te controleren allergisch en niet-allergisch astma.

#### Suggesties voor nader onderzoek

1. De resultaten van de studies geven voldoende aanleiding om nader onderzoek te doen naar de meerwaarde en effecten op lange termijn van hooggebergtebehandeling

in vergelijking met een behandeling op zeeniveau. Deze studie is onlangs gestart.

2. Meer fundamenteel zou moeten worden onderzocht of wij alle gunstige factoren van het hooggebergte klimaat op astmacontrole kennen en welk relatief gewicht aan elke factor kan worden gegeven.
3. Ten slotte zou moeten worden onderzocht of en in hoeverre hooggebergtebehandeling de zorgkosten van ongecontroleerd astma kan reduceren.



U kunt het proefschrift downloaden op <http://hdl.handle.net/11245/1.494108>



Samenvatting proefschrift Romane Schook

## TAILORED CARE FOR THE LUNG CANCER PATIENT

**8 december 2015,**  
**VUmc Amsterdam**  
**Promotor: Prof. dr. P.E. Postmus**  
**Co-promotoren: Dr. M.J. Westerman**

Longkanker is een ongeneeslijke ziekte, met een slechte prognose, een behandelingstraject met moeilijk te begrijpen en belastende gebeurtenissen en een (vaak) moeilijk terminale fase voorafgaand aan het (vaak na korte tijd) overlijden van de patiënt. Gezien de grote impact van de ziekte en de korte tijd waarbinnen ze ermee moeten leren omgaan, hebben patiënten en hun naasten het bijzonder moeilijk en is daarom veel en adequate begeleiding noodzakelijk. Het algehele doel van dit proefschrift was het inventariseren en bestuderen van een aantal aspecten van de zorg voor en rond de longkanker patiënt en zijn naasten, met als focus het gedrag en de behoeftes van de patiënt m.b.t. het leren omgaan met deze ziekte; met de nadruk op de rol (en/of het effect) van medische informatie. In het eerste deel van dit proefschrift is middels vragenlijsten (die telefonisch zijn afgenomen) de invloed op het rookgedrag van het "vooraf weten" een hoger risico te hebben op het ontwikkelen van longkanker onderzocht. Er werd aangetoond dat 1/5 van de totale groep vrijwilligers voor deelname aan

een chemopreventief trial, stopte met roken. De groep met een hoger risico op longkanker liet een groter stoppercentage zien. In het tweede deel van dit proefschrift zijn de informatiebehoeftes van patiënten en hun naasten, hun daarbij behorende zoekgedrag gedurende de behandeling en hun redenen om te zoeken, onderzocht door analyse van gebruikers en gebruikspatronen van digitaal beschikbare informatie en afnames van interviews. Veel naasten van patiënten en patiënten zochten naar longkanker-gerelateerde informatie. De meest gezochte informatie was specifieke informatie

over longkanker en het ziektebeloop. Daarnaast zochten ze naar een individuele diagnose, prognose, informatie verifiëren en een second opinion. De redenen om het internet op te gaan en gebruik te maken van een interactieve webpagina om informatie te vragen aan online longartsen waren: 1) om longkanker gerelateerde informatie te zoeken en 2) om te leren omgaan met longkanker (informatie van eigen specialist beter begrijpen, beter voorbereid zijn op de toekomst en emotionele steun). De interactieve webpagina diende ook als een soort "second opinion". Vanwege communicatieproblemen of persoonlijke problemen vroegen respondenten niet hun eigen specialist om informatie. Daarnaast vonden zij het gebruik van het Internet fijn (anoniem, indirect en snel). In het derde deel van dit proefschrift zijn de uitkomsten van second opinions van longkanker onderzocht. Na het vergelijken van de eerste met de tweede evaluatie (in een expert centrum) van patiënten uit de medische dossiers (n=188), werden er verschillen gevonden in diagnose (9%), stadium (13%) en behandelingsadvies (37%) (totaal n=91). Hiervan hadden 53 (58%) verschillen een potentieel groot impact op de patiënten uitkomsten (overleving, morbiditeit en kwaliteit van leven).



In het laatste deel van dit proefschrift is onderzocht middels interviews hoe patiënten en hun naasten samen omgaan met longkanker. Er werd aangetoond dat patiënten en hun naasten voortdurend probeerden een zekere mate van controle te herwinnen terwijl ze leerden leven met longkanker. In hun poging om controle te herwinnen, waren zij voortdurend

aan het switchen tussen 1) proberen in het leven van "nu" te leven en 2) durven het toekomstige overlijden van de patiënt onder ogen te zien. Het herhaaldelijk switchen tussen deze twee uitersten was een continu (innerlijke) strijd. Omdat patiënten en hun naasten dit niet altijd gelijktijdig deden, veroorzaakte dit spanningen tussen hen.

U kunt het proefschrift aanvragen per mail via: [r.schook@vumc.nl](mailto:r.schook@vumc.nl) onderzocht of en in hoeverre hooggebergtebehandeling de zorgkosten van ongecontroleerd astma kan reduceren.

U kunt het proefschrift downloaden op <http://hdl.handle.net/11245/1.494108>

En ook...

## Oproep BATTLE-TRIAL

Beste collega's,

Als vervolg op de BAT-trial zullen wij vanuit het Medisch Centrum Alkmaar in 2016 starten met de BATTLE-trial. Dit is een multicenter onderzoek naar het effect van tobramycine verneveling bij patiënten met niet CF-bronchiëctasieën, waar eerder nagenoeg geen studies naar zijn gedaan. Deze groep patiënten heeft frequent exacerbaties van de bronchiëctasieën, waardoor toename in het aantal ziekenhuisopnames en afname van de kwaliteit van leven. Naast een open label arm, waarbij de effectiviteit van de huidige behandeling onderzocht wordt; tobramycine verneveling 2x per dag om de maand, zal de studie ook bestaan uit een geblindeerde arm. Hierbij zal tobramycine verneveling 1x per dag vergeleken worden met 1x per dag

placebo verneveling. Als primaire uitkomstmaat wordt gekeken naar de afname van het aantal exacerbaties met 50%. Daarnaast wordt gekeken naar verbetering van de kwaliteit van leven, longfunctie, bacterie load in het sputum en tobramycine resistentie.

Wij zouden graag zo veel mogelijk patiënten in Nederland willen includeren. Dus mocht u meerdere patiënten onder behandeling hebben met niet CF-bronchiëctasieën die mogelijk een goede kandidaat kunnen zijn voor deze studie, of wilt u graag eerst meer informatie, dan kunt u contact opnemen via email met: [l.c.terpstra@mca.nl](mailto:l.c.terpstra@mca.nl) of [w.boersma@mca.nl](mailto:w.boersma@mca.nl)

## The New York Dutch Lung Cancer Course Op zoek naar kleine nodules in the Big Apple

Sinds enkele jaren organiseert de afdeling longziekten van het Erasmus MC een oncologiecursus in het Mount Sinai Hospital in het hart van New York. Deze cursus duurt 5 dagen en vindt traditiegetrouw plaats in de eerste week van oktober. De reis wordt georganiseerd door Prof. dr. J. Aerts (Amphia/Erasmus MC) en dr. Robin Cornelissen (Erasmus MC) met de steun van Boehringer Ingelheim. Daarnaast zijn dr. L. Maat (thoraxchirurg in het Erasmus MC) en dr. J. Praag (radiotherapeut Erasmus MC) nauw betrokken bij de organisatie en jaarlijks van de partij. Ook dit jaar reisden we met een gezellige groep af naar the Big Apple.

Na een vlucht met enige vertraging stonden we zondag avond tegen 22:00 uur met het hele gezelschap op Times Square, waar we verbleven in het Westinnhotel. Hier werden we hartelijk ontvangen in de lounge van het hotel met de allure van een New Yorkse club. Volgende ochtend, echter vroeg weer op.

Het drukke programma, dat in eerste instantie misschien wat schrik aanjaagde, bleek prima vol te houden te zijn. De werkdagen in de Amerikaanse ziekenhuizen beginnen vroeg, waardoor we dagelijks rond 7 uur vanaf het Hotel vertrokken naar het Mount Sinai Hospital, wat zich op de hoek van Madison Ave en 101th Upper East bevond. In de lobby van "Hess Science centre" werden we hartelijk ontvangen door Prof.dr. C. Henschke (radioloog en hoofd van het long-cardio screeningsprogramma). De rest van de week zouden we van hieruit de cursus volgen.

Veel van haar directe collega's passeerden de revue. Prof Dr. C. Powell praatte ons bij over genetische

alteraties, drivermutaties en recent ontdekte mutaties en translocaties in longkanker en Prof.dr. Beasley hield een interessante longpathologie presentatie over nieuwe classificaties van adenocarcinomen.

Ook dr. C. Henschke zelf hield voordrachten binnen het programma. Zij leidt al jaren het EL-CAP screeningsprogramma (Early lung and cardiac action program), waarbij patiënten jaarlijks gescreend worden middels een low-dose CT-thorax. Het programma onderzoekt de waarde van vroege detectie van longnoduli. Dit wordt gecombineerd met een algemene cardiovasculaire screening. Door de jarenlange follow-up van patiënten met longnoduli heeft het Mount Sinai Hospital een brede kennis over hoe noduli geassocieerd kunnen worden om een betere risico inschatting te kunnen maken over mogelijke maligne onttaarding in de toekomst. Dat dit grote implicaties heeft voor de dagelijkse praktijk wordt in de loop van de cursus steeds duidelijker.

Ten eerste treedt door de vroeg detectie een verschuiving op in tumorstadia bij presentatie. Begrijpelijkerwijs worden er veel meer stadium 1 en 2 tumoren ontdekt en neemt het aantal stadium 3 en 4 tumoren drastisch af binnen het screeningscohort en uiteindelijk binnen de gehele populatie wanneer dit aan een grotere groep zal worden aangeboden. Verdere diagnostiek van de gevonden afwijkingen wordt vervolgens wel bemoeilijkt, omdat de gevonden laesies vaak erg klein zijn. Dr. D. Yankelevitz liet ons daarom zien hoe je met CT-geleide puncties zo'n hoge precisie kan bereiken dat zelf centraal

gelegen noduli in de long van net 3mm aan te prikken zijn zonder al te veel complicaties te veroorzaken.

Ook op chirurgisch vlak verandert een screeningprogramma de praktijk. Dr. Flores toonde ons zijn studies waarin wigexcisies, segmentresecties en lobectomiën met elkaar vergeleken werden in patiënten met beperkte tumorstadia uit het ELCAP cohort. Zeker in het licht van de NELSON-studie die binnenkort afgerond zal worden, is de cursus zeer nuttig. Wanneer de NELSON-studie positief uitvalt, zal dit waarschijnlijk ook consequenties hebben voor het screeningsbeleid voor longkanker in de Europese populatie. Het is interessant te zien dan onze Amerikaanse collega's eveneens met grote belangstelling wachten op de NELSON resultaten. Alleen al door het verschil in inrichting van de zorg is de Amerikaanse populatie niet direct te vergelijken met het Europese screeningscohort. Gedurende de cursus krijg je een steeds beter beeld van deze verschillen. Zo blijken de meeste patiënten die meedoen in de ELCAP studies patiënten te zijn die zichzelf aangemeld hebben voor screening. Ook de follow-up en behandeling geschied heel anders, waarbij er maar een beperkte rol voor de longarts weg gelegd is. Patiënten melden zich bij een radioloog, meestal in een privékliniek, waarna er een CT-thorax en eventuele CT-geleide punctie volgt. De radioloog deelt de uitslag mee, waarna patiënten vaak zelf op zoek gaan naar een thoraxchirurg in een andere privékliniek om de gevonden afwijking te laten verwijderen. Dit maakt een gestandaardiseerde follow-up en behandeling in studie verband van een goed gedefinieerde populatie een stuk moeilijker.



Uiteraard is er naast het drukke programma toch ook voldoende tijd om de opgedane kennis wat te laten bekliven. In de middagpauze kun je er even op uit voor een schitterende wandeling door Central park, wat zeker in de vroege herfst een aanrader is met een gemiddelde temperatuur van 22 graden. Door het park loop je gemakkelijk naar het Guggenheim en het Metropolitan museum of Art. En in "the city that never sleeps" is ook na vijven nog voldoende te doen. We bezochten de galerie van Larry Gagosian in Chelsea om, na een wandeling over Highline park, te eindigen op de Rooftopbar van The Standard in the Meatpacking district voor een drankje met uitzicht op het financial district, waar de nieuw verrezen One World Trade Center schitterde in de avondzon. Er werd heel veel geshopt bij Macy's en in Soho en 's avonds nagepraat aan de hotelbar. Hardgelopen in Central park. En natuurlijk kon het bijwonen van een basketbal wedstrijd in Madisonsquare garden niet ontbreken. Er werd heerlijk gegeten op verschillende locaties in de stad. En uiteindelijk werd de week op donderdag avond afgesloten met live muziek in de cafeetjes rondom Bleeckerstreet waar het New York van de begin jaren van Bob Dylan en Miles Davis nog steeds voelbaar is.



Na een indrukwekkende en intensieve week landden we op zaterdag ochtend vroeg op Schiphol. Met veel ideeën over consequenties van screening en mogelijkheden voor behandeling van kleine tumoren, maar bovenal ook een goede herinnering aan een trip met een gezellige groep naar een geweldige stad.

Joris Veltman  
longarts i.o. Erasmus MC Rotterdam



## Lidmaatschap

Zoals u inmiddels via de mail heeft vernomen is het noodzakelijk om een eventuele opzegging of wijziging van uw NVALT-lidmaatschap jaarlijks voor 1 december aan ons door te geven. Dit in verband met de afdracht van de contributie aan de Federatie en aan de ERS met als peildatum 1 januari.

Indien u begin 2016 met pensioen gaat, kunt u uw NVALT-lidmaatschap m.i.v. 31 december omzetten in een rustend lidmaatschap. U zult dan niet meer

deel kunnen nemen aan de Longartsendagen en/ of Bronkhorst maar ontvangt nog wel 4 x per jaar PulmoScript. Indien uw opzegging of wijziging niet tijdig heeft plaatsgevonden, dan loopt het lidmaatschap door tot het einde van het eerstvolgende boekjaar, wat inhoudt dat de volledige contributie over dat jaar nog betaald dient te worden. Wijzigingen kunt u doorgeven via het wijzigingsformulier op de website of per mail via [secretariaat@nvalt.nl](mailto:secretariaat@nvalt.nl)

De rekening voor de contributie ontvangt u in januari.

### Contributie 2016

€ 882,18 longartsen (indien geen automatische incasso + € 50,--)

€ 197,73 assistenten (indien geen automatische incasso + € 50,--)

€ 35,49 assistenten die bezig zijn met hun vooropleiding (indien geen automatische incasso + € 50,--)

€ 35,49 Longartsen in ruste

## Oratie Yvonne Heijdra

Op **1 oktober 2015** is de past president van de NVALT benoemd tot hoogleraar aan de Radboudumc met als leeropdracht pathofysiologie van COPD. De inaugurale rede zal uitgesproken worden op 17 juni 2016 om 15.45 uur.



## Afwezigheid secretariaat

In verband met de kerstvakantie is het  
secretariaat van de NVALT gesloten van  
21 december t/m 3 januari 2016

Wij wensen u allen fijne feestdagen  
en een voorspoedig 2016!

Secretariaat NVALT

## Kandidaat-leden



Marwan Hassani,  
aios UMC Utrecht



Mieke Hennekam,  
aios RadboudMC Nijmegen



Marlou Janssen,  
aios Zuyderland MC Heerlen



Elske Luiten,  
aios MST Enschede



Ilaine Lopez,  
aios Isala klinieken Zwolle



Rein Posthuma,  
aios Maastricht Universitair  
Medisch Centrum



Daniël Souwer,  
aios Haga Ziekenhuis Den Haag



Lotte Terpstra,  
aios Medisch Centrum Alkmaar

## Nieuw benoemde longartsen

**Hugo van Bergeijk** opgeleid in Erasmus MC Rotterdam

**Jolanda van Kuijvenhoven** opgeleid in Medisch Spectrum Twente

**Natascha Lie** opgeleid in Zuyderland Ziekenhuis Heerlen

**Bas Mathot** opgeleid in Erasmus MC Rotterdam

**M. Nagtegaal** opgeleid in St. Antonius Nieuwegein

**Marleen de Saegher** opgeleid in Medisch Spectrum Twente

## Nieuwe rustende leden

**Rien Eland** Weert

**Henk Jansons** Doetinchem

**Peter Hooghiemstra** Amsterdam

**Vic Linsen** Oosterhout

**Gert Visschers** Amsterdam

Wijzigingen in uw persoonlijke gegevens kunt u doorgeven via het formulier op de website, of mailen naar: [secretariaat@nvalt.nl](mailto: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
<b>JANUARI 2016</b>		
12	7	Frontiers intensive care ultrasound - Amsterdam (NL)
i.a.	7	Masterclass 'Optimale organisatie van Intensive Care' 2016 - Zeist (NL)
15	7	Slaapcursus der Lage Landen deel 2 voor Artsen - Antwerpen (BE)
10	7	Eliminatie in zicht? Diagnostiek en opsporing in de 21e eeuw - Amersfoort (NL)
6	8	Immediate Life Support 2016 - Houten (NL)
12	12	MedicALS - Tilburg (NL)
18	12	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
i.a.	13	Training MDS en KIIC volgens NICE/NVIC/NVICV - Utrecht (NL)
6	14	Prof. dr. Jules van den Bosch Symposium IV - Utrecht (NL)
12	14	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
i.a.	15	18e Nationale Longkanker Symposium - Amsterdam (NL)
i.a.	16	12th Thoracic Oncology Winter Symposium - Gent (BE)
i.a.	18	Werkgroep longtumoren IKNL Nijmegen 18012016 - Nijmegen (NL)
2	19	Praktische Pathologie voor Longartsen - Zwolle (NL)
3	20	DNA en Kanker voor klinici: van technologie tot toepassing - Utrecht (NL)
5	20	9e Jaarsymposium Pulmonologie. 12 maanden longziekten in vogelvlucht. - Utrecht (NL)
5	22	Pulmonale Hypertensie; een zaak van hart en longen - Nieuwegein (NL)
6	25	Advanced Life Support Herhaling 2016 - Houten (NL)
i.a.	25	WinterILD School - Pathologie, Radiologie en Kliniek van Interstitiële Longziekten - Davos (CH)
6	26	Advanced Life Support Herhaling 2016 - Houten (NL)
6	27	Vindt u de behandeling (niet) zinvol? Dilemma's in de relatie arts, patiënt en familie. - Lunteren (NL)
12	27	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
20	28	Bronkhorst Colloquium incl. voortoets 2015/2016 - Blankenberge (BE)
12	28	Bronkhorst Colloquium Veldhoven/Blankenberge 2015/2016 - Blankenberge (BE)
12	28	Basis Spoedechografie 2016 - Houten (NL)
<b>FEBRUARI 2016</b>		
6	2	Paediatric Life Support (PLS) - Riel (NL)
i.a.	3	ReCertification Course - Riel (NL)
12	4	1e Single port VATS symposium & live surgery - Harderwijk (NL)
18	5	Advanced Paediatric Life Support - Paramaribo (SR)
6	9	Paediatric Life Support (PLS) - Paramaribo (SR)
12	11	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
5	12	U-stol - Utrecht (NL)
12	18	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
30	20	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congres (SCCM 2016) - Orlando (US)

Punten	Datum	Nascholing
<b>MAART 2016</b>		
5	1	Expertmeeting Orgaandonatie - Utrecht (NL)
12	8	MedicALS - Tilburg (NL)
12	8	NVIC cursus Echografie 2016 - Houten (NL)
18	9	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	10	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
i.a.	11	Emergency and critical care ultrasound - Groningen (NL)
14	16	Op de hoogte van Astma, van uncontrolled tot ernstig astma 2016 - Davos Platz (CH)
12	17	Advanced HazMat Life Support 2016 - Houten (NL)
6	21	Advanced Life Support Herhaling 2016 - Houten (NL)
<b>APRIL 2016</b>		
12	4	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	7	Polytrauma Rapid Echo-evaluation Program 2016 - Houten (NL)
10	8	Masterclass Exacerbations of COPD Oxford University - Oxford (GB)
18	11	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	13	Training MDS en KIIC volgens NICE/NVIC/NVICV - Utrecht (NL)
12	14	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
12	14	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
12	18	Longartsenweek/Longdagen
<b>MEI 2016</b>		
12	10	Basis Spoedechografie 2016 - Houten (NL)
12	12	MedicALS - Tilburg (NL)
12	19	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
i.a.	20	Symposium 'OSA Revisited' Implementation of innovations in diagnosis and treatment - Amsterdam (NL)
18	25	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
<b>JUNI 2016</b>		
12	2	Advanced HazMat Life Support 2016 - Houten (NL)
	8	ECFS Conference - Basel (CH)
18	8	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
9	9	NVIC cursus Luchtwegmanagement op de IC 2016 - Houten (NL)
6	13	Advanced Life Support Herhaling 2016 - Houten (NL)
6	14	Advanced Life Support Herhaling 2016 - Houten (NL)
i.a.	15	ReCertification Course - Riel (NL)
12	16	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
18	20	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	21	NVIC cursus Echografie 2016 - Houten (NL)
18	30	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
<b>JULI 2016</b>		
12	4	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
12	5	MedicALS - Tilburg (NL)



Punten	Datum	Nascholing
<b>SEPTEMBER 2016</b>		
12	8	MedicALS - Tilburg (NL)
12	8	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
12	8	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	14	NVIC cursus Echografie 2016 - Houten (NL)
6	15	Paediatric Life Support (PLS) - Riel (NL)
24	17	Congress European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN 2016) - Kopenhagen (DK)
18	19	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	19	Basis Spoedechografie 2016 - Houten (NL)
12	22	Polytrauma Rapid Echo-evaluation Program 2016 - Houten (NL)
12	26	Advanced HazMat Life Support 2016 - Houten (NL)
12	29	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
<b>OKTOBER 2016</b>		
6	3	Advanced Life Support Herhaling 2016 - Houten (NL)
12	6	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
18	10	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	13	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
30	15	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2016) - Boston (US)
<b>NOVEMBER 2016</b>		
i.a.	3	ReCertification Course - Riel (NL)
19	8	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
i.a.	9	Training MDS en KIIC volgens NICE/NVIC/NVICV - Utrecht (NL)
12	10	MedicALS - Tilburg (NL)
12	10	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
9	21	NVIC cursus Luchtwegmanagement op de IC 2016 - Houten (NL)
18	23	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	24	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
20	24	Bronkhorst Colloquium incl. voortoets 2016/2017 - Veldhoven (NL)
12	28	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	28	Polytrauma Rapid Echo-evaluation Program 2016 - Houten (NL)
<b>DECEMBER 2016</b>		
12	6	NVIC cursus Echografie 2016 - Houten (NL)
12	8	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
18	12	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	15	Advanced HazMat Life Support 2016 - Houten (NL)
12	15	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
<b>JANUARI 2017</b>		
30	21	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congres (SCCM 2017) - Honolulu (US)

Punten	Datum	Nascholing
<b>E-LEARNING/SCHRIFTELIJKE NASCHOLING</b>		
4		A&I Nascholingstijdschrift over perioperatieve zorg
3		CME-Academy - Stadium IV NSCLC: diagnostiek en behandeling n.a.v. de richtlijn 2015
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		Therapietrouw in Tijden van Targeted Therapie
1		Webcast Redefining outcomes in PAH
3		ZiROP.nl

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