

PULMO *Script*

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT
JAARGANG 28 NR. 4 DECEMBER 2017



Move2Improve:
landelijk
bewegingsprogramma COPD

1,8 miljoen voor onderzoek
erfelijke vorm van
pulmonale hypertensie

Strategisch beleid NVALT:
visiedocument
Medisch Specialist 2025

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
e-mail: secretariaat@nvalt.nl
www.nvalt.nl

Redactieraad:
Jacobine Herbrink
Lisette Kunz
Franz Schramel
Wilma Vlug

Uiterste datum voor insturen kopij nr. 1: 15 februari 2018

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

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

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

Van Engelen - tekst, vormgeving en drukwerkadviezen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



04 VOORWOORD

Bestuur

- 05 Vanuit het Bestuur
- 06 Notulen ledenvergadering 21 december 2017
- 11 Strategisch beleid NVALT

Commissies, secties en werkgroepen

- 15 Sectie assistenten
 - Mededelingen vanuit het assistentenbestuur
 - Lunch na het Hermes-examen
- 16 Vanuit de Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculose bestrijding (VvAwT)
 - Programma Studiedagen VvAwT
- 19 Vanuit de Sectie Oncologie
 - DLCA transparante indicatoren 2017

Rubrieken

- 20 Opleiding in de kijker: Radboudumc
- 22 Jonge klare in de kijker: Hester van Groningen
- 23 Klaar: Willem Westerman
- 24 Pulmonaal Portret: Harry Kuper

Nascholing

- 26 Samenvatting proefschrift Remco Djamin
De effecten van onderhoudsbehandeling met macroliden bij COPD patiënten met frequente exacerbaties
- 27 Samenvatting proefschrift Onno Spruijt
Assessing right ventricular function and the pulmonary circulation in pulmonary hypertension
- 29 Samenvatting proefschrift Denielli da Silva Gonçalves Bos
Neurohormonal activation in pulmonary arterial hypertension
- 30 Diagnostiek naar alpha-1 antitrypsine deficiëntie

En ook.....

- 33 Move2improve
- 35 1.8 miljoen voor onderzoek naar de erfelijke vorm van pulmonale hypertensie
- 37 Koninklijke onderscheiding Harry Heijerman
- 38 Skate 4 air
- 39 Vacature Commissie Cursorisch Onderwijs (CCO)
- 39 Even voorstellen: Noortje Weerts
- 40 Vanuit het secretariaat

Personalia

- 41 Kandidaat-leden
- 42 Nieuw benoemde longartsen
- 42 Senior leden

43 Congresagenda



Cover: Kerstmis 2017
Bij het ter perse gaan van deze editie gold code rood in Nederland. Wat ons betreft wordt het tijdens de Kerstdagen weer eens code 'wit'...



EBM en EPD

Als dokters zijn wij opgeleid in het tijdperk van evidence based medicine. Bij voorkeur gebruiken wij onderzoek en behandeling dat wetenschappelijk is getoetst en meerwaarde heeft aangetoond. De meerwaarde kan liggen bij genezing, dan wel betere kwaliteit van leven voor de patiënt. Echter voor veel van het medisch handelen bestaat geen evidence en moeten we gebruik maken van expert opinions.

Daarnaast hebben we de laatste jaren te maken met een toenemend gebruik van registraties. Kijk maar naar ons specialisme, waarbij we registraties bijhouden van bijvoorbeeld dure geneesmiddelen zoals immunotherapie. Dit gebeurt niet alleen voor transparantie maar ook zodat we sneller kunnen signaleren of een bepaalde behandeling in 'real life' ook die gunstige effecten heeft als ten tijde van de periode waarin de behandeling werd uitgetest in bv gerandomiseerd onderzoek bij geselecteerde patiënten.

Verantwoord medisch handelen, o.a. gebaseerd op bovenstaande, resulteert heden ten dage in een grote registratielast. Vandaar dat we in het verleden zijn overgestapt van papieren dossiers, naar het elektronisch patiëntendossier. Het streven zou moeten zijn dat er één landelijk EPD komt, waarin gegevens makkelijk beschikbaar zijn, goede medicatiebewaking plaatsvindt en een vermindering van registratielast. Ook makkelijke vulling van externe registraties door één druk op de knop. Je zou denken dat dit anno 2017 eenvoudig zou moeten kunnen.

Het gekke doet zich nu voor dat er vaak een EPD wordt gekozen, dat niet zoals wij gewend zijn, is onderzocht in 'wetenschappelijk onderzoek'. Degenen die met bv EPIC werken, hadden misschien gehoopt dat, voordat dit zou worden ingevoerd, er wellicht met een wetenschappelijk oog naar gekeken zou zijn geweest. Ik ervaar in ieder geval na



invoering met EPIC een duidelijke daling van mijn kwaliteit van leven als het om mijn werk gaat. Eén van onze AIOS had dit ook zo ervaren, en heeft gekeken of er toch niet wetenschappelijk onderzoek is gepubliceerd. Dit was inderdaad wel het geval. In 2017 verscheen er een abstract over implementatie van EPIC. De conclusie was vrij helder, nl "Within academic and community settings, there are concerns among staff around patient-safety, job-satisfaction and reduced direct patient-contact versus time spent on the computer after EMR transition. This occurred despite a reduction in caseload, and these sentiments persisted through 1 year after implementation. Significantly less time was spent directly observing patients after new EMR implementation and procedure time was increased."

Ik begrijp uit dit abstract dat mijn kwaliteit van leven qua werk over een jaar nog steeds zo is als momenteel. Ondanks dit treurige vooruitzicht wens ik u fijne feestdagen en een goed 2018.

De geïnteresseerde lezer kan het abstract opvragen bij de redactie.

Franz Schramel
Wetenschappelijk secretaris

Vanuit het bestuur

Beste leden van de NVALT,

Het roerige jaar 2017 is bijna ten einde. Terugblikkend zijn er een aantal opmerkelijke zaken de revue gepasseerd.

De NVALT heeft als eerste wetenschappelijke vereniging actief beleid gemaakt in het veld van concentratie en spreiding van zorg. De zorgparagraaf in het nieuwe regeerakkoord geeft tot op zekere hoogte rust en continuïteit met betrekking tot de afspraken met de medisch specialisten. Het nieuwe kabinet heeft daarbij wel de curatieve zorg onevenredig gekort zodat een grote budgettaire opgave op ons afkomt. Ik stel daarbij vast dat de zorgvraag toeneemt en tevens steeds meer (kwetsbare) ouderen een beroep doen op medisch specialisten. Het is wenselijk dat de groei van de curatieve zorgkosten gekoppeld gaat worden aan de ontwikkeling van het nationaal inkomen om ons zorgstelsel houdbaar te maken en dat is de insteek van het gesprek dat met VWS gevoerd gaat worden.

De nieuwe minister van VWS, Bruno Bruins, heeft ons zeer recent laten weten dat de voorwaarden die gepast gebruik borgen van de fibroseremmers bij IPF inmiddels genoegzaam zijn gerealiseerd. Goed nieuws voor de sectie ILD, haar Bestuur, de ILD behandelcentra en onze patiënten. De Raad Opleiding van de Federatie wil de input van WV-en in de behoefteversterking zodanig instroom en capaciteit van medisch specialisten in opleiding beter aansluiten bij de actualiteit. Met het Zorginstituut heeft het NVALT Bestuur regelmatig overleg omtrent lopende duidingen (BLVR, thermoplastiek), de Zinnige Zorg trajecten en diverse andere ontwikkelingen. Een en ander verloopt op constructieve wijze en velen van u zijn daar direct of indirect bij betrokken.

Inmiddels is in de media de aandacht voor longkanker screening begonnen, onder andere na initiatieven uit een individuele hoek. De NVALT wil dit echter evenwichtig, gecoördineerd en in samenspraak met relevante

veldpartijen oppakken en te zijner tijd op de politieke en journalistieke agenda plaatsen. Zorgvuldigheid gaat hier voor snelheid, het is 'work in progress'.

Tenslotte mogen we vaststellen dat na het 2e succesvolle NVALT najaarscongres te Papendal een nieuw vast element in onze jaaragenda is beland, dank aan allen die hieraan hebben bijgedragen. In de ALV aldaar is Leon van der Toorn benoemd tot aankomend voorzitter van de NVALT en in april 2018 zal ik na drie jaar het stokje aan hem overdragen. Ik vertrouw erop dat hij een koersvaste kapitein zal zijn die onze bloeiende vereniging op inspirerende wijze door alle woelige wateren zal leiden. In onze vereniging is gelukkig zoveel kwaliteit en saamhorigheid dat wij met elkaar elke uitdaging aan kunnen. Met die slotgedachte wens ik u en de uwen fijne feestdagen en een succesvol 2018.

Eric van Haren
Voorzitter NVALT



Donderdag 21 december 2017 op Papendal te Arnhem

Verslag Huishoudelijke Vergadering

Aanwezig: getekend op de presentielijst 105 personen.

1. Opening

De voorzitter opent de vergadering om 17.30 uur.

2. Notulen vergadering 11 april 2017

Er zijn geen op- of aanmerkingen. De notulen worden vastgesteld.

3. Mededelingen vanuit het Bestuur

Van Haren:

- De SASHOBO – Sectie Ademhaling Sport Hobby Bijzondere Omstandigheden zal opgaan in de sectie Longfunctie. Er wordt gezocht naar een nieuwe naam voor de nieuwe samengevoegde sectie
- Er zal vandaag gesproken worden over het buitengewoon lidmaatschap van PA's en VPS.
- De uitkomsten van de NIVEL enquête staan op de website. De voorzitter dankt de leden voor de uitstekende respons (bijna 70%). Het rapport geeft informatie over de verdere in- en uitstroom. Daarom heeft er onlangs een gesprek met het Capaciteitsorgaan plaatsgevonden. Op termijn zal blijken of de ramingen aangepast gaan worden.
- Het Landelijk Kader voor Regionaal Formulieren voor Inhalatiemedicatie is opgesteld onder co-voorzitterschap van Hendrien Witte van het Longfonds en Richard Dekhuijzen. Wanneer het document geaccordeerd is door alle partijen zal het worden rondgestuurd door het Bestuur.
- Het rapport Concentratie en Spreiding van Zorg is in de ledenvergadering van april geaccordeerd. Het rapport is met enthousiasme door de Federatie ontvangen en zal verder worden uitgerold over andere WV 'en.
- Er is uitgebreid overleg tussen het Bestuur van de NVALT en de NRS om de grootst mogelijke synergie te bereiken.
- Er is overleg geweest met de NZA (verslag Grotjohan). Vanaf 1 januari 2018 zal het telefonisch – en mail-consult gaan tellen als een herhaalconsult.
- Professor Ph. Quanjer is in juli jl. overleden.
- Het Bestuur van de Stichting NVALT Studies neemt vandaag afscheid van de secretaris Anne-Marie Dingemans. De voorzitter dankt haar hartelijk voor het vele werk dat ze heeft verricht.

4. Strategisch beleid NVALT – visiedocument 2025.

Voor een verslag van dit punt zie elders in dit blad.

5. Mededelingen vanuit de Commissie Beroepsbelangen/Projectgroep DOT

Binnen de projectgroep heeft Ruinemans de plaats ingenomen van Mannes.

Personele bezetting:

Steven Dreviers, Martijn Schutten, Koen Liesker, Hans Grotjohan, Nicole Hekelaar, Maarten Ruinemans en Anco Boonstra

De veranderingen voor 2018

- DOT registratie/declaratie
- Herijking normtijden voor 2018 logextool
- Logex verdeelmodel FTE definitie

Registratie/declaratie

- Verandering regelgeving met ingang van 2018 CPAP code bij OSAS alleen tijdens instellen en niet bij routine controle.
- Tele-consulten /email/video- consulten bij een lopende zorgvraag, worden gelijkgesteld aan herhaalpoli.

Voorwaarden omtrent inhoud en dossiervorming

Nog wel definitieve goedkeuring van de Raad van Bestuur van de Nza noodzakelijk.

NB macrokader zal niet veranderen

2019 er komt een tarief voor telemonitoring/ telebeoordeling, dit houdt ook in het advies zoeken met een ander centrum voor b.v. een beoordeling of advies.

2020 ziekenhuis verplaatste zorg bv revalidatie op afstand

Herijking normtijden voor 2018

Verkorting doorlooptijd gaf toename DOT producten, dit betekent dat wij in minuten sterk zijn gestegen.

Deze normtijden worden gebruikt om ziekenhuizen te benchmarken.

Herijking normtijd vindt plaats op basis van profielen met zorgactiviteiten.

Impactanalyses van logex.

Werkgroep Logex verdeelmodel

Deze werkgroep valt onder de Federatie. Er is veel discussie over de FTE- definitie

- FTE definitie oud 9 patiënt gebonden dagdelen = 1 FTE
- Verandering 2017 FTE definitie

Nieuw 1 FTE is 10 patiënt gerelateerde dagdelen, waarvan 1 dagdeel thuis gewerkt mag worden.

Distillity tool voor belasting van het doen van diensten.

- Nieuwe handreiking Federatie medisch specialisten Benchmark model is te downloaden via www.demedischspecialist.nl

Verrichtingenthesaurus

- Op verzoek DHD input geleverd voor verrichting thesaurus
- Koppeling termen verrichtingen aan bestaande declaratiecodes/zorgactiviteiten
- Van belang voor registratiesysteem ziekenhuizen

Raad Beroepsbelangen

- Elke WV 2 vertegenwoordigers
- Vertegenwoordiging vanuit NVALT
- Anco Boonstra namens dienstverbanders
- Hans Grotjohan namens vrijgevestigden
- Werkgroepen/commissies
- Positionering medisch specialist
- Commissie regelgeving Nza/registratiewijzer
- Logex verdeelmodel systematiek
- Cie dienstverbanders /AMS

Hoogsteden vraagt zich af of het multidisciplinair overleg dat UMC's hebben met perifere klinieken zeker in 2019 gaat worden vergoed. Grotjohan merkt op dat in het overleg met het NZA niets zeker is. Wanneer dit leidt tot overschrijding van het budget zou het zomaar weer zou kunnen veranderen.

Ten Brinke vraagt zich af hoe er wordt aangekeken tegen het werk dat klinieken (expertisecentra) verrichten in het kader van de concentratie en spreiding van zorg. Grotjohan geeft aan dat dit te maken heeft met de lokale onderhandelingen met de zorgverzekeraar dit moet lokaal worden uit onderhandeld.

6. Mededelingen vanuit het Concilium

Van den Toorn doet verslag:

Vanuit de Raad Opleiding zijn de agendapunten voor 2018

- BOLS toewijzing instroom AIOS 2019
- Werkgroep capaciteitsraming - overleg met Capaciteits Orgaan
- Verder uitwerken thema's zoals Medisch Leiderschap en Ouderenzorg
- Verkorting opleidingsduur – realisatie

Individualisering Opleidingsduur "RIO" project

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

Stand van Zaken:

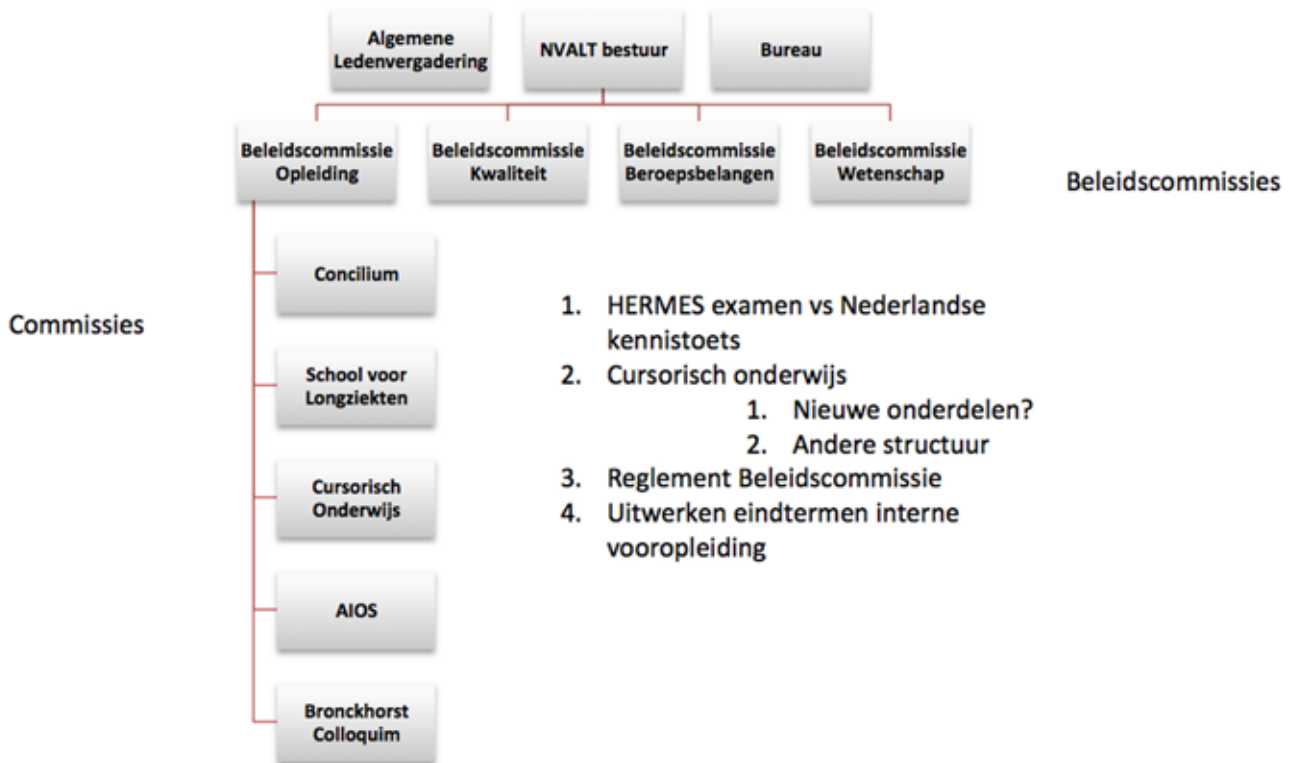
Onderstaand ziet u de gemiddelden van de verkorting van de opleiding die op dit moment door de specialismen zijn bereikt.

Cluster	Specialisme	Nominaal	Aantal aios in uitstrooncohort	Afwijking in maanden uitstroom
2. beschouwend	reumatologie	72	11	-7,60
1. snijvend	obstetrie en gynaecologie	72	38	-6,33
2. beschouwend	kindergeneeskunde	60	57	-5,99
2. beschouwend	dermatologie en venerologie	60	45	-5,91
2. beschouwend	maag-darm-leverziekten	72	38	-4,61
2. beschouwend	longziekten en tuberculose	72	44	-4,42
2. beschouwend	neurologie	72	45	-3,92
1. ondersteunend	medische microbiologie	60	18	-3,78
3. ondersteunend	radiotherapie	60	15	-3,67
1. ondersteunend	pathologie	60	28	-3,43
1. snijvend	cardio-thoracale chirurgie	72	3	-3,32
4. psychiatrie	psychiatrie	54	148	-3,23
1. snijvend	oogheelkunde	60	27	-2,95
3. ondersteunend	nucleaire geneeskunde	60	17	-2,87
	Landelijk gemiddelde			-2,71
2. beschouwend	klinische geriatric	60	18	-2,23
1. snijvend	neurochirurgie	72	4	-2,16
1. snijvend	urologie	72	24	-1,94
2. beschouwend	interne geneeskunde	72	129	-1,90
3. ondersteunend	klinische genetica	48	6	-1,83
1. snijvend	plastische chirurgie	72	18	-1,81
1. snijvend	keel- neus- oorheelkunde	60	27	-1,76
2. beschouwend	cardiologie	72	57	-1,60
1. snijvend	heelkunde	72	56	-0,90
3. ondersteunend	anesthesiologie	60	90	-0,64
1. snijvend	orthopedie	72	27	-0,60
3. ondersteunend	radiologie	60	80	-0,59
2. beschouwend	revalidatiegeneeskunde	48	38	-0,50
Landelijk			1108	-2,71

Concilium

- Visitatiestructuur
 - vijfjaarlijks versus 1-malig en daarna op indicatie
 - Verticaal visiteren – pilot – facultatieve instellingsvisitatie
- Horizontaal visiteren
- Nieuwe leden Concilium – gezocht wordt naar een afgevaardigde voor de RGS

Beleidscommissie Opleiding:



Verpleegkundig Specialist en physician assistants (VPS en PA's)

De VPS en PA's hebben een document opgesteld "Taakherschikking binnen Longziekten en Tuberculose". Dit document is beoordeeld door het Concilium. Zij willen graag meer betrokken zijn bij de NVALT door een eventueel buitengewoon lidmaatschap. Ook willen zij deelnemen aan NVALT-activiteiten en secties. Er zijn 36 PA's Longziekten en 70 VPS longziekten. Wat nog wel geformaliseerd moeten worden is welke voorbehouden handelingen zij al dan niet mogen doen. Dit wordt nog verder uitgewerkt. De leden gaan unaniem akkoord met een eventueel buitengewone lidmaatschap.

Update Opleidingsplan

- Toename klinieken met vertaling naar lokaal opleidingsplan
- Inventarisatie suggesties alle opleiders in oktober
 - verdiepingstages – ook input van de secties
 - oncologie – visiedocument m.b.t. de opleiding
- Verder uitwerken eindtermen interne vooropleiding
- Uitwerking in Werkgroep/Concilium/Beleidscommissie/Bestuur

Update Portfolio

- Alle opleidingsklinieken doen mee
- Zeer positieve geluiden zowel van binnen als buiten de NVALT
- In oktober inventarisatie onder opleiders/AIOS – uitwerking werkgroep
- Elk half jaar mogelijkheid voor eventuele aanpassingen

7. Goedkeuring document Bescherming Persoonsgegevens

Een wetenschappelijke vereniging mag volgens de Wet Bescherming Persoonsgegevens alleen persoonsgegevens verwerken met een duidelijk omschreven doel. Deze doelen moeten vooraf worden bepaald, vastgelegd en aan de leden worden meegedeeld.

Macken benadrukt dat er omzichtig wordt omgesprongen met het versturen van b.v. mails, hiervoor is een stroomdiagram gemaakt.

De leden gaan unaniem akkoord met het voorliggende document.

8. Goedkeuring voorstel Vacatiegelden NVALT

Van Haren geeft aan dat het Bestuur naar alle activiteiten binnen de NVALT heeft gekeken en uurtarieven heeft vergeleken. Het voorstel is om uit te gaan van € 80,- per uur.

Dit is uiteraard niet marktconform, echter dit vormt een goed compromis tussen vrijwilligerswerk en uurtarief. De leden gaan unaniem akkoord met het voorliggende document.

9. Bespreking Jaarrekening 2016 en Goedkeuring begroting 2018

Mark Aukes van de Jong Accountants neemt de financiën door en beantwoordt de vragen.

Naar aanleiding van de uitkomsten van de begroting wordt besloten de contributie naar rato te verhogen.

De leden gaan m.u.v. één onthouding, unaniem akkoord.

Van Haren geeft aan dat binnen het Bestuur de wens leeft om de NVALT verder te ontvlechten van de farmaceutische industrie. Hierover zal een brede discussie plaats gaan vinden

10. Uitwerking criteria doelgerichte therapie longkanker bij zeldzame mutaties

Kwaliteitseisen voor Centra voor thoracale oncologie waar patiënten met zeldzame driver mutaties (<5%) worden behandeld- door H. Groen

Toetsingscriteria voor centra zijn gemodelleerd naar de NFU criteria voor expertise centra voor zeldzame aandoeningen. De focus ligt op kwaliteit van zorg, continuïteit van het centrum, samenwerking met andere centra, informatie en communicatie, onderzoek en grensoverschrijdende gezondheidszorg.

1. Centrum levert hoog gespecialiseerde, vaak complexe zorg op het gebied van diagnostiek, behandeling, nazorg en follow-up voor patiënten met een zeldzame driver mutatie.
2. Centrum ontwikkelt zorgstandaarden en richtlijnen en werkt mee aan verspreiding hiervan.
3. Centrum zorgt voor een Moleculaire Tumor Board voor overleg en advisering over moleculaire afwijkingen bij longkanker.
4. Centrum coördineert het zorgaanbod binnen de gehele keten voor targeted therapie.
5. Centrum draagt bij aan wetenschappelijke ontwikkelingen ten aanzien van diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met driver mutaties blijkend uit wetenschappelijke publicaties en deelname klinische trials.
6. Centrum beschikt over een systematiek om de kwaliteit van zorg te meten en waarborgen.
7. Centrum draagt zorg voor de opleiding van en overdracht van kennis naar nieuwe experts.
8. Centrum werkt samen met patiëntenorganisaties om de kwaliteit van zorg te verbeteren.
9. Centrum werkt samen op gebied van onderzoek en patiëntenzorg met andere expertise centra in binnen- en buitenland.

10. Centrum fungeert als informatiebron en vraagbaak voor zorgverleners, patiënten en hun familie.
11. Centrum draagt zorg voor voorlichting over targeted therapie en bijbehorende diagnostiek o.a. met NGS.
12. Centrum verricht (basaal) wetenschappelijk onderzoek op het gebied van zeldzame mutaties. Dat blijkt uit minimaal 10 publicaties over dit onderwerp de afgelopen 5 jaar door medewerkers van dit centrum,
13. Centrum coördineert en adviseert bij grensoverschrijdende gezondheidszorg met andere Centra in EU-landen waar patiënten en biologische samples kunnen worden doorverwezen.

Het Bestuur zou graag zien dat er ook volumenormenten aan deze criteria worden toegevoegd.

In de sectievergadering van de Sectie Oncologie zal verder worden gediscussieerd over deze criteria.

E. Smit vraagt zich af of voor 2018 alleen de 5 genoemde centra gecontracteerd mogen worden of de centra die aan de criteria voldoen. Macken merkt op dat de Sectie Oncologie gevraagd wordt draagvlak te hebben voor de criteria die we toepassen volgens de leidraad Concentratie en Spreiding van zorg. De sectie Oncologie wordt dan ook gevraagd om vóór 9 oktober de criteria aan het Bestuur voor te leggen. Vervolgens zal het Bestuur de leden om toestemming vragen. Deze stemming zal per mail geschieden.

Dingemans vult aan dat de NFU open lijkt te staan om van deze ziekte een erkende weesziekte te maken.

In antwoord op de vraag van Wielders m.b.t. de financiële paragraaf antwoordt Groen dat deze zal volgen als de criteria zijn vastgesteld. Met betrekking tot de zorgverzekeraars geeft Macken aan dat deze de criteria van de wetenschappelijke vereniging zullen volgen. Indien een ziekenhuis een bewijs van deze criteria nodig heeft zal het Bestuur hiervoor zorgen. H. Smit vraagt zich af wie de verantwoordelijkheid heeft om de shared care te regelen. Groen geeft aan dat dit zeker een probleem is.

11. Reglement Geschillenbeslechting

Dit document is opgesteld door een aantal voorzitters van wetenschappelijke verenigingen. Problemen tussen verschillende wetenschappelijke verenigingen kunnen met dit reglement opgelost worden.

Alle leden gaan unaniem akkoord met het reglement.

12. Uitleg Positionpaper Sectie Ademhaling onder Bijzondere Omstandigheden

Doordat er niemand van deze Sectie aanwezig is wordt dit punt aangehouden.

13. Instellen ad hoc werkgroep E-health

De ALV wordt gevraagd akkoord te gaan met de instelling van de werkgroep E-health. De leden gaan akkoord.

14. Verkiezingen:

Bestuur

De zittingstermijn van Prof. dr. Y. Heijdra is verlopen, zij zal als vicevoorzitter worden opgevolgd door dr. L. van den Toorn. Van Haren dankt Yvonne Heijdra voor haar tomeloze inzet voor de Vereniging. Door een groot applaus van alle leden wordt dit bekrachtigd. De eerste zittingstermijn van dr. J.W. van den Berg als commissaris Kwaliteit is verstreken, hij stelt zich niet herkiesbaar en wordt opgevolgd door G.D. Nossent.

Concilium

De eerste zittingstermijn van dr. A. ten Brinke en dr. M. Hochstenbag is verstreken. Zij stellen zich beiden herkiesbaar. De maximale zittingstermijn van Prof. dr. E. Smit is verstreken, in het Concilium wordt dr. J.C.C.M. In 't Veen benoemd.

Commissie Cursorisch Onderwijs

De eerste zittingstermijn van dr. C. Magis is verlopen, zij stelt zich herkiesbaar en wordt benoemd.

Commissie Visitatie Longziekten

De eerste zittingstermijn van E.C. van Dooren is verlopen, zij stelt zich herkiesbaar en wordt benoemd. In de Commissie wordt J.H. Strijbos benoemd.

Commissie Accreditatie

De eerste zittingstermijn van G.A.L. Clappers is verlopen, zij stelt zich herkiesbaar en wordt benoemd.

15. Voorstellen kandidaat-leden

Alle nieuwe AIOS worden van harte welkom geheten. Afmeldingen zijn ontvangen van: Burak Atasever, Lisette Dijk, Victor Dooren, Jordy Kerkhoff, Wouter Mellema, Ekisabet Roosma, Marjolijn Schouten, Michelle Steens, Romkje Vos-Hospes, Annemiek Wolters, Tiny Castermans, Marianne Engeland en Anneloes Noordhof.

16. Wat verder ter tafel komt en rondvraag

E. Smit merkt op dat de handhaving van de richtlijn Persoonlijke Hygiëne volstrekt zinloos is. Smit heeft hierover uitgebreid mailcontact gehad met een Inspecteur van de Gezondheidszorg. De Inspecteur gaf aan dat de NVALT deze richtlijn zou hebben geaccordeerd. Deze richtlijn blijkt wel te zijn voorgelegd aan de NVALT, hierop is commentaar gekomen en nadien is deze richtlijn niet meer aan de NVALT voorgelegd.

Smit vraagt het Bestuur dit aan de IGZ mede te delen. Smit vraagt de ALV het Bestuur op te dragen te gaan informeren bij andere wetenschappelijke verenigingen of zij deze richtlijn hebben goedgekeurd.

17. Sluiting

De voorzitter sluit de vergadering om 19.30 uur.



Strategisch beleid NVALT

visiedocument Medisch Specialist 2025

Beste leden van de NVALT,

Dit voorjaar werd het 'Visiedocument Medisch Specialist 2025' gepresenteerd vanuit de Federatie Medisch Specialisten. Een document met een ondubbelzinnig ambitieuze en vooruitstrevende kijk op de medisch specialistische zorg voor de komende jaren, gekoppeld aan de rol van de moderne

specialist daarin. Het document is een inspiratiebron voor medisch specialisten en geeft richting en mogelijkheden aan de NVALT voor actie, ambitie en strategie. Op verschillende domeinen zijn doelen en ontwikkelingen geformuleerd.

DE UNIEKE PATIËNT EN DE
MODERNE MEDISCH SPECIALIST



BETROKKEN BIJ
GEZONDHEID EN GEDRAG



AMBITIE, VERTROUWEN, SAMENWERKEN



RICHTING
NETWERKGENEESKUNDE



VOOROP IN VERNIEUWING



Voor het domein 'ambitie en vertrouwen' stelt het Visiedocument doelen ten aanzien van informatie.

Domein, ambitie en vertrouwen



Harde kwaliteitsinformatie kan bestaan uit landelijke registraties van bijvoorbeeld mortaliteit en zachte kwaliteitsinformatie bevat onder andere informatie uit visitaties. Ten aanzien van doelmatigheidsinformatie zet de NVALT in op het streven naar up-to-date richtlijnen, in samenwerking met de diverse secties.

In het Visiedocument wordt de moderne definitie van gezondheid omarmt.

In deze benadering worden de zelfredzaamheid en zelfverantwoordelijkheid van de patiënt benadrukt (patiënt-empowerment). De moderne medisch specialist doet aan shared decision making, samen met de patiënt.



The infographic features a red cross icon and the title 'DE UNIEKE PATIËNT EN DE MODERNE MEDISCH SPECIALIST'. Below the title, it lists the 'Ambitie richting 2025:' with four bullet points: '• Relatie gericht op optimaliseren van de kwaliteit van leven voor de patiënt.', '• Positieve gezondheid staat centraal.', '• Samen beslissen is dagelijkse praktijk.', and '• Gebruik digitale technologie' which includes sub-points: '• Videoconsult, belconsult, mail- of chatconsult' and '• Zelfmetingen'.

Van belang is dat vanaf 1-1-2018 het video (screen-to-screen) consult, als ook het chat-, mail- of bel-consult formeel vergoed gaan worden, mits het een lopende zorgvraag betreft en er verslaglegging in het dossier plaats vindt. Dit sluit aan op de wens van de moderne patiënt en de digitale mogelijkheden van de moderne longarts.

De Federatie is van mening dat de mentale en fysieke vitaliteit van de medisch specialist aandacht verdient. Voor het 'geneesplezier' van de moderne longarts is het van

belang om voldoende tijd en aandacht te kunnen hebben voor de patiënt. De NVALT zet daarom in op het opleiden van voldoende longartsen om nu en in de nabije toekomst hieraan te kunnen voldoen.

Het Visiedocument 2025 benoemt het domein Netwerkgeneeskunde (in plaats van ketenzorg): De zorg wordt om de patiënt georganiseerd.

De gedachte van ketenzorg was gestoeld op het logistiek efficiënt organiseren van zorg, netwerkzorg daarentegen neemt de behoefte van de patiënt als uitgangspunt, met verschillende spelers in het netwerk.

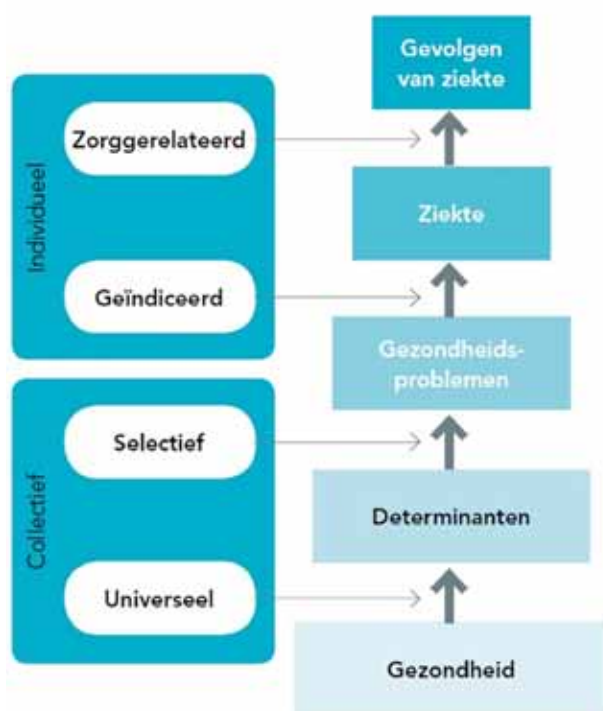
De longarts is onderdeel van een netwerk rondom de patiënt, samen met de huisarts, PA, en verpleegkundige. Een broodnodige technologische voorwaarde hiervoor is het realiseren en implementeren van een landelijk persoonlijk



gezondheidsdossier (PGD), een ontwikkeling die door de Patiëntenfederatie Nederland voor 2020 op de wenslijst is gezet.



BETROKKEN BIJ GEZONDHEID EN GEDRAG



Universele preventie (UP)

Richt zich op de algemene bevolking, die niet gekenmerkt wordt door een verhoogd risico op ziekte. Het doel is om de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verkleinen.

Selectieve preventie (SP)

Richt zich op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Het doel is om gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Onderdeel van een dergelijk programma is het opsporen en leiden naar zorg.

Geïndiceerde preventie (GP)

Richt zich op het individu die vaak nog geen gediagnosticeerde ziekte heeft, maar wel risicofactoren of symptomen laat zien. Het doel is om ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen, door een interventie zoals een behandeling.

Zorggerelateerde preventie (ZP)

Richt zich op individuen met een aandoening of een of meer gezondheidsproblemen. Het doel hierbij is om het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, het reduceren van de ziektelast en het voorkomen van complicaties.



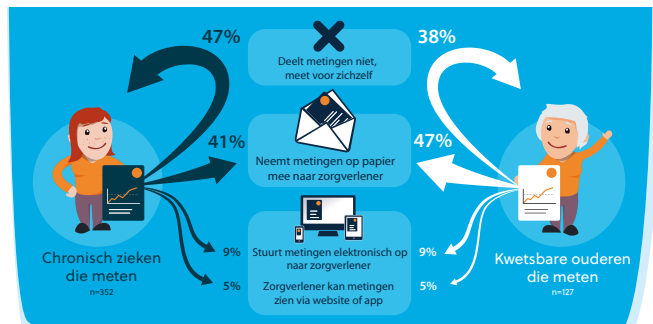
Voor het domein betrokkenheid bij gezondheid en gedrag zet de NVALT in op selectieve preventie bij hoog risico groepen in de bevolking. We zullen met elkaar de discussie moeten gaan voeren omtrent de eventuele invoering van screening op longkanker in Nederland, uiteraard vergezeld van antirook programma's.

Tenslotte zet het Visiedocument in op innovatie in de medisch specialistische zorg.

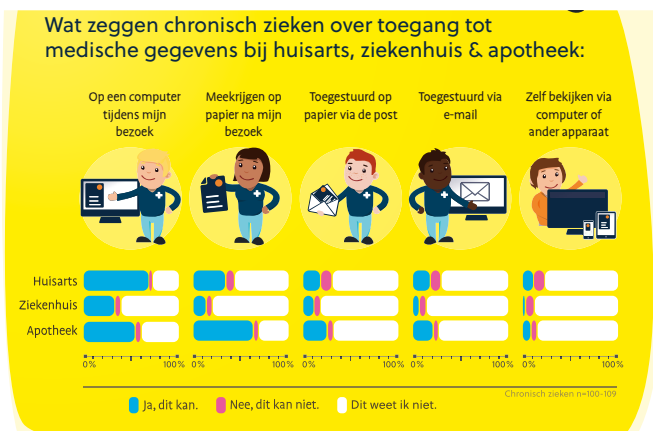
Als NVALT willen wij betrokken zijn bij de technologische en digitale innovatie om de zorg voor onze patiënten te kunnen verbeteren en om aan hun wensen tegemoet te kunnen komen. Om in het woud van app's, remote monitoring, zelfmetingen, EPD's en smart health solutions een koers te ontwikkelen zullen wij een Werkgroep e-health binnen de NVALT oprichten.

Al met al biedt het Visiedocument Medisch Specialist 2025 zowel bakens als piketpalen waarbij de verschillende wetenschappelijke verenigingen in positie geplaatst worden om een en ander voortvarend op te pakken. Als Bestuur van de NVALT hebben wij op onze laatste ALV reeds met u hierover van gedachten gewisseld. Bovenstaande is nog

Het aantal zelfmetingen dat wordt gedeeld met zorgverleners



Ervaringen met toegang tot medische gegevens



eens samengevat omdat ons strategisch beleid deels hieruit afgeleid is. Ik nodig u uit om het Visiedocument medisch specialisten 2025 ook zelf te lezen en hoop dat u met inspiratie en geneesplezier aan de slag gaat om met ons de zorg voor de longpatiënten te verbeteren.

Eric van Haren
Voorzitter NVALT

Vanuit de Sectie Assistenten

Mededelingen vanuit het Assistentenbestuur

Hermes-examen

Op 7 oktober jl was weer het jaarlijkse Hermes-examen, dit keer in nieuwe stijl. Het waren nog wel de vragen van het Hermes, en dus de ERS, maar de vragen die geen betrekking hadden op de Nederlandse situatie waren geschrapt. Hierdoor bleef er een examen over van 30 vragen waarvoor je een uur de tijd had om ze te beantwoorden. Daarna werd het in 3 groepen verdeeld om na te bespreken. Dit werd door de meerderheid van de aios als zeer positief beschouwd. Er was discussie mogelijk over de antwoorden en soms bleek een ander antwoord, anders dan het juiste antwoord volgens het Hermes, ook goed verdedigbaar. Hierdoor is het leerrendement beduidend beter geworden en is het voor jezelf duidelijker waar je hiaten in je kennis nog liggen of juist waar jou specifieke kwaliteiten liggen.

Wij als aios-bestuur zijn dan ook blij met deze ontwikkeling en hopen dat dit een opmaat is naar een jaarlijkse Nederlandse kennistoets. Dit is wat ons betreft een echte must om de opleiding nog beter te maken. Ook voor ons als aios zou een kennistoets die echt iets zegt over je niveau bij kunnen dragen aan je eigen opleidingsplan. Je kunt leerdoelen formuleren aan de hand van de uitslag of het kan je richting geven waar je talenten liggen. Met het oude examen is dit überhaupt niet mogelijk en met de tussenoplossing in oktober heb je wel meer inzicht in je talenten maar omdat het resultaat niet mee telt en dus ook niet gedeeld wordt met de opleider, kan je er helaas niet veel mee. Dat is een reden voor ons als aios-bestuur om te streven naar een goed Nederlands examen waarbij dit wel mogelijk is.

CCO-onderwijs

Dit najaar is er een vergadering geweest over het cursorisch onderwijs, waar wij als bestuur met een vertegenwoordiging aanwezig waren. Wij zijn van mening dat het cursorisch onderwijs aan een vernieuwing toe is, dit omdat we merken dat het onderwijs niet altijd meer uitdaagt of zorgt voor verdieping. Ook merken we dat voor aios die net begonnen zijn bepaalde onderwerpen al veel diepgang hebben terwijl zij juist behoefte hebben aan de basics, terwijl het bij andere onderwerpen juist anders om is. Onze ideeën zijn onder meer: werkgroepen tijdens het cursorisch onderwijs waarin de casuïstiek nader kan worden uitgediept. De onderwijsdagen meer verdiepend opbouwen; dag 1 de 'basics' en dag 2 de 'verdieping'. Dit zodat er een duidelijke lijn is die meer aansluit op het niveau van de aios die aanwezig zijn op die dag. Ook zijn wij van mening dat elke aios de mogelijkheid moet hebben om een fietsergometrie cursus te volgen tijdens de opleiding. Op dit moment is dit nog niet mogelijk omdat er te weinig plaatsen zijn. Er worden op dit moment gekeken door de commissie hoe deze verder uitgewerkt kunnen worden. Wordt vervolgd dus.

Nieuwe rubriek

Vanaf deze editie hebben we een nieuwe rubriek in het leven geroepen: 'Jonge klare in de kijker'. We willen graag jonge klaren aan het woord laten over hun opleiding maar ook hoe het hen nu vergaat. Hoe hebben zij keuzes gemaakt en hoe was dit voor hen. Hebben ze tips voor de nieuwe lichter 'bijna jonge klaren' of juist voor de nieuwe lichter aios die op het punt staat de vervolgopleiding

te starten. We hopen verschillende jonge klaren aan het woord te kunnen laten; de jonge klaren met een vaste (maatschaps-)plek, een chefplek, een fellowship maar ook jonge klaren die minder vastigheid hebben of juist een hele andere kant op zijn gegaan. We hopen dat we voldoende animo hebben en krijgen om elke PulmoScript met een interview te kunnen vullen.

Website

Zoals beloofd in de vorige PulmoScript zijn we hard aan het werk met de website. Artikelen zijn bijgewerkt en bijlagen die niet meer ter zake doen, zijn verwijderd. We zijn nu voor 2018 nieuwe ideeën aan het uitwerken zodat het aios-gedeelte op de website ook echt een bron van informatie gaat worden tijdens de opleiding. We nodigen jullie uit om ideeën in te brengen voor onderwerpen die jullie missen op de site.

Verder willen we jullie er op wijzen dat veel documenten veranderd zijn op de site en dat een aantal bijlagen verplaatst zijn. Hierdoor staan ze misschien niet op de plek waar je het gewend bent. We hebben geprobeerd alles te groeperen per onderwerp; al het overige staat onder informatie en documenten.

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

Programma Studiedagen VvAwT 2018

Titel: Dilemma's rond TBC-HIV behandeling en ontwikkelingen omtrent de röntgendiagnostiek van tuberculose

Thema's: MDR-tuberculose, management van TB-HIV co-infectie, röntgendiagnostiek bij tuberculose en consequenties van de nieuwe EU-privacy regelgeving voor de praktijk van de tbc-bestrijding.



Vereniging van Artsen werkzaam
in de Tuberculosebestrijding

Datum: Donderdag 11 en vrijdag 12 januari 2018

Locatie: Princess Hotel, Stichtse Rotonde 11, 3818 GV Amersfoort

Donderdag 11 januari 2018

12.30 - 13.15	Lunch
13.15 - 14.45	Algemene ledenvergadering VvAwT
14.45 - 15.15	Pauze/Registratie
	Thema: Voorzitter: Onno Akkerman
15.15 - 15.35	Welkom Kitty van Weezenbeek – Directeur KNCV Tuberculosefonds
15.35 - 16.10	Tuberculose Literatuurupdate 2018 , Gerard de Vries
16.10 - 16.45	Casus (MDR-TB) presentatie met verdieping door consulent voor de klinische tuberculose (15 min casus presentatie, 10 min verdieping, 10 min discussie)
16.45 - 17.20	Casus (algemene TB) presentatie met verdieping door consulent voor de klinische tuberculose (15 min casus presentatie, 10 min verdieping, 10 min discussie)
17.20 - 17.40	Pauze/snack
17.40 - 18.00	Relevante klinische publicatie over tuberculose 2017 , Marleen Bakker, longarts en coördinator Masterclass Tuberculose, Erasmus MC
18.00 - 18.35	Klinische vraagstukken en dilemma's bij de behandeling van TB-HIV patiënten , Reinout van Crevel
18.35 - 19.10	Casus (HIV-TB) presentatie met verdieping door Reinout van Crevel (15 min casus presentatie, 10 min verdieping, 10 min discussie)
19.10 - 19.30	Evaluatie/Afsluiting
20.00	Diner

Vrijdag 12 januari 2018

Thema: RONTGENDIAGNOSTIEK ANNO 2018	
Ochtend	Voorzitter: Wieneke Meijer
09.30 - 10.15	Beeldacquisitie: opbouw van een systeem, de beeldopnemer en de belichtingsautomaat. Jitka van Immerseel, Medical Physics Engineer / QA & Accreditation Coordinator, LRCB
10.30 - 11.00	Beeldpresentatie: beeldkwaliteit, beeldbewerking en artefacten Hans Lelivelt, Medical Physics Engineer, LRCB
11.00 - 11.15	Pauze
11.15 - 12.00	Stralingshygiëne: herhaling van de basiskennis, stralingshygiëne, DRN's Anne Bolderdijk, Medical Physics Engineer, LRCB
12.00 - 12.30	Stralingshygiëne en wetgeving: wetsveranderingen en risicoanalyse Anne Bolderdijk, Medical Physics Engineer, LRCB.
12.30 - 13.30	Lunch
Middag	Voorzitter: Wim Stoop
13.30 - 14.15	Ervaringen met CAD4TB. Gerard de Vries
14.15 - 15.00	Nieuwe EU-privacy wetgeving. Regels en risico's bij uitwisseling van patiëntgegevens en omgang met onderzoeks- en surveillance gegevens. Marc van der Geer, Functionaris Gegevensbescherming, GGD Flevoland.
15.00 - 15.30	theepauze
15.30 - 16.30	Fibrotic laesions; progressie naar actieve tuberculose, preventie door profylaxe en casuïstiek. Connie Erkens, KNCV en Bert Wolters, arts tuberculosebestrijding GGD Groningen.
16.30 - 17.00	Plenaire afsluiting studiedagen
	Borrel

Inlichtingen over deelname en logistiek

Congresorganisatie Commissie Nascholing VvAwT

Mw. J. Huisman - van Berkel

Telefoon 06-51793457

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

Accreditatie

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

Vanuit de Sectie Assistenten

Lunch na het Hermes-examen

Afgelopen zaterdag 7 oktober was het weer zo ver: het jaarlijkse Hermes examen in het Beatrixgebouw in Utrecht. Het examen werd dit jaar in een ander jasje gegoten. Er waren 30 vragen uit het Hermes examen geselecteerd en deze werden nadien nabesproken. Een erg fijne verbetering! Na afloop was iedereen welkom in Speys Jaarbeurs om onder het genot van een uitgebreide lunch na te kletsen over het vernieuwde examen. Ook volgend jaar zal er weer een lunch georganiseerd gaan worden. Te zijner tijd volgt meer informatie. Wij hopen jullie uiteraard volgend jaar weer te mogen verwelkomen!

Namens het AIOS-bestuur,
Evelien van der Hout en Marjolein van Es



Vanuit de Sectie Oncologie

DLCA transparante indicatoren 2017

De Dutch Lung Cancer Audit is in 2016 van start gegaan. Hiervoor registreerden de chirurgen en radiotherapeuten apart al in DICA, maar sinds vorig jaar zijn ook de overige longkanker patiënten meegenomen en samengevoegd in één registratie. Het deel DLCA-L is de registratie waarvoor de longartsen inhoudelijk verantwoordelijk voor zijn. De te registreren items dienen voor het ontwikkelen van interne indicatoren, case mix controle en transparante (externe) indicatoren. De transparante indicatoren worden jaarlijks vastgesteld op een indicatoredag gezamenlijk met Zorginstituut Nederland, patiënten vertegenwoordiging, zorgverzekeraars en wetenschappelijke verenigingen, gefaciliteerd door DICA. MRDM is de organisatie die de bevoegdheid heeft om niet-geanonimiseerde patiëntgegevens te behandelen. Zij zetten de gegevens geanonimiseerd om naar de DLCA, de longkankerregistratie van DICA. U krijgt van MRDM details over de uitvraag 2017 in december 2017. Hieronder noemen we de indicatoren die transparant zullen zijn. Als achtergrondinformatie zijn ook de indicatoren van radiotherapie en chirurgie genoemd, omdat deze registraties nogal eens uit de longstatusvoering moeten putten.

Inclusie en exclusie criteria DLCA-L

Inclusie

- Alle patiënten met een primaire longmaligniteit, ongeacht het stadium van de ziekte, die in het registrerende centrum worden gediagnosticeerd en/of behandeld
- Patiënten met een niet-kleincellig (NSCLC) dan wel kleincellig (SCLC) longcarcinoom (uitgebreide registratie)
- Patiënten met een thymoom of mesothelioom (beperkte registratie)

Exclusie

- Overige longziekten

Transparantie indicatoren 2017 DLCA-L

1. Aantal nieuw met longcarcinoom gediagnosticeerde patiënten geregistreerd in de DLCA-L (Structuurindicator).
2. Beeldvorming van de hersenen bij patiënten met een klinisch stadium III NSCLC -en in opzet curatieve behandeling (Procesindicator).
3. Percentage patiënten dat in een multidisciplinair overleg voorafgaand aan de start van de behandeling wordt besproken (alle stadia met en zonder actieve longkankerbehandeling) (Procesindicator).

Transparantie indicatoren 2017 van DLCA-r en DLCA-s

DLCA-s: (chirurgie)

- Volledigheid invoer in de DLCA-s
- Het aantal anatomische parenchymresecties (segmentresectie, lobectomie of pneumonectomie), dat is verricht op de ziekenhuislocatie voor benigne of maligne pathologie (dus geen wig)
- Percentage geopereerde patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom dat postoperatief in een MDO wordt besproken
- Percentage patiënten, dat een resectie ondergaat vanwege primair niet-kleincellig longcarcinoom, waarbij tijdens het preoperatief MDO het klinisch TNM stadium bekend is
- Idem met pathologisch TNM stadium
- Percentage patiënten, dat een electieve resectie onderging vanwege primair niet-kleincellig longcarcinoom, dat besproken is in een MDO, met een wachttijd van ≤ 21 dagen tussen het laatste MDO en de chirurgische behandeling.
- Percentage patiënten dat binnen 30 dagen na resectie vanwege een niet-kleincellig longcarcinoom is overleden
- Percentage patiënten waar een gecompliceerd beloop na resectie vanwege een niet-kleincellig longcarcinoom is opgetreden

DLCA-r (radiotherapie):

- Volledigheid invoer in de DLCA-r
- Aantal nieuwe patiënten met een longcarcinoom dat een bestralingsbehandeling ondergaat
- Percentage radicaal bestraalde patiënten met een graad IV of V radiatie-gerelateerde complicatie binnen 90 dagen na einde bestralingsbehandeling

Hans J.M. Smit

Longarts Rijnstate, Voorzitter DLCA

Radboudumc, Nijmegen

Ergens in de eerste eeuw na Christus kozen de Romeinen Nijmegen om zich te vestigen. Nu, 2000 jaar later, staat Nijmegen niet alleen bekend als de oudste stad van Nederland, maar is ook de 'Nijmeegse Vierdaagse' befaamd. Naast de vele leuke kroegjes vind je in Nijmegen ook het uitgestrekte Radboudumc met ruim 1000 bedden en 10.000 werknemers. Lopen van de ene kant van het ziekenhuis naar de andere doe je dus ook niet eventjes. Gelukkig zijn er wel stappen om je sneller in het ziekenhuis te begeven. Waar het Radboudumc een immens groot gebouw in het hartje van de stad is, is Radboudumc Dekkerswald een oud sanatorium gelegen in de heuvelrijke bossen bij Groesbeek. Mooi om daar nog te zien zijn de roterende zonnehuisjes in de bossen waar vroeger de patiënten met tbc werden verzorgd.

Op de longafdelingen lopen 10 AIOS, 3 ANIOS en vaak ook een uitwisselings-AIOS uit het Rijnstate of Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis. Deze enthousiaste A(N)IOS worden gesuperviseerd door 17 longartsen, met een legio aan verschillende aandachtsgebieden. Daarnaast wordt iedere arts-assistent nog persoonlijk begeleid door een zelf uitgekozen mentor. Deze begeleidt en adviseert daar waar nodig onder het genot van een kopje koffie.

Elke maand heeft een thema, hierbij zijn de A(N)IOS in de lead voor de organisatie. De helft van de praatjes wordt gegeven door staffleden en de andere helft door de A(N)IOS of door uitgenodigde sprekers. Zo hebben we de ene week een hoogleraar Mycologie die ons vertelt over mycose en pneumonieën en de week erop een hematoloog die vertelt over pneumonieën bij stamceltransplantaties.

Als AIOS longziekten in het Radboudumc kies je één of meerdere aandachtsgebieden tijdens je opleiding, met als uiteindelijke doel je voor te bereiden op het vinden van een baan in het aandachtgebied waar je tijdens je opleiding ook op hebt toegespitst. Met alle verschillende aandachtsgebieden in huis voelt dit zeker in het begin alsof je als kind in een snoepwinkel bent. Samen met de opleider wordt gekeken welk aandachtsgebied het beste bij je past, vervolgens wordt gekeken hoe je je het beste daarin kan verdiepen. Hierbij denkt de opleider ook actief mee over waar dit zo goed mogelijk kan. Als dit niet in de regio kan, worden ook centra buiten de regio overwogen. We hebben twee interventielongartsen in huis, die beiden flink bezig zijn met innovatieve technieken. Zo is er onlangs een bronchoscopie met elektromagnetische navigatie



Parkeerplek

Stappen



uitgevoerd, als eerste in Nederland. Hierbij is een proces van 2 millimeter aangeprikt, met representatief materiaal. Locatie Dekkerswald is één van de twee gespecialiseerde tbc centra in Nederland, waar zich de mogelijkheid bevindt om de (felbegeerde) tbc stage te lopen. Hier leer je niet alleen alle intramurale tbc gerelateerde zorg en behandeling, maar ook extramuraal zorg met de GGD samen. Tijdens de longfysiologie stage in het Dekkerswald leer je de integrale benadering van de patiënt met chronisch longlijden in de tweedelijns poliklinische setting en in de derdelijns longrevalidatie setting.

Met de komst van ons nieuwe afdelingshoofd Michel van den Heuvel heeft de oncologie een nieuwe impuls gekregen. Er zijn grote plannen voor het opzetten van nieuwe studies en behandelingen. Frequent horen wij in de wandelgangen over de (te) rooskleurige toekomst van de immunotherapie. Dit beloven spannende tijden te worden!

Naast het bovengenoemde wordt er ook veel gedaan op gebied van infectieziekten, pulmonale hypertensie en longfysiologie. Genoeg te doen dus op longgebied in Nijmegen!





Willem Westerman

Willem klaar, we kunnen het niet geloven.....

Waar sommige oudere collega's zich mopperend en uitgeput naar 'de eindstreep' slepen, Willem is nog altijd in voor een sprintje, een voorzet en scoren.

In de jaren '80 was hij de eerste longarts die deels in de Weezenlanden opgeleid werd tot longarts. Dit waren gouden tijden tezamen met Kees van Minnen en Koos Prins. Zoals hij zich op het hockeyveld gedraagt, zo functioneerde hij ook als longarts: een teamspeler, bevlogen, collegiaal, verbindend en een visionair.

Tijdens zijn periode als stafvoorzitter in de Weezenlanden maakte hij roerige tijden mee. De bevolking in Kampen kwam in opstand omdat het ziekenhuis in Kampen, Stichting de Engelenberg, met in het verleden een bijna academische status dankzij de ontwikkeling van de eerste werkende kunstnier door prof. Willem Kolff, een poliklinische functie kreeg. Willem zorgde ervoor om de polikliniek uit te bouwen tot een goed functionerende locatie voor meerdere specialisten. Verbindend en visionair was hij toen onze vakgroep longgeneeskunde met locaties Sophia Ziekenhuis en de Weezenlanden moesten fuseren. Hij ontwikkelde het model 'wisselend werken' op twee locaties, hetgeen nu heel gewoon is, maar

'wisselende werken'

toen uitzonderlijk was. Hij wist met zijn visie de vakgroep te overtuigen zodat er keuzes gemaakt moesten worden, waarbij de nadruk op de longgeneeskunde op locatie

de Weezenlanden werd gelegd en we daardoor opnieuw de opleidingsbevoegdheid kregen. Gouden tijden beleefde hij toen onze organisatie ging 'kantelen'. Willem vormde de 1e RVE- (resultaat verantwoordelijke eenheden) voorzitter longgeneeskunde met twee andere Willems (Willem Suyker, thoraxchirurg en wijlen Willem Beukema, cardioloog): een soort drie musketiers die de strijd aangingen met de directie om een zelfstandig Hart-Long Centrum aan de A28 te realiseren. Deze ZBC is helaas niet gebouwd, maar de dromen en ambities waren aanwezig.

Binnen het bestuur van de NVALT was hij lid van de commissie Beroepsbelangen. In deze functie heeft hij opgetreden als mediator bij problemen in maatschappen in het land. Daarnaast was hij samen met Koos Prins de grondlegger van de normtijden van de DBC's, die later gekoppeld zijn aan de DOT zorgproducten. Hierbij kwamen zijn eigenschappen vasthoudendheid

en een tikje eigenwijsheid hem goed van pas. Hiermee heeft hij alle vrijgevestigde longartsen in Nederland een grote dienst bewezen met het secuur vaststellen van deze normtijden.

Vasthoudendheid en een tikje eigenwijsheid

Willem klaar, we kunnen het niet geloven: behalve bevlogen, verbindend en visionair was je als longarts de beste collega die we ons konden wensen en vooral ook een praktische dokter.

Willem, het ga je goed!

Corinne Kloosterziel,
Longarts Isala



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

Harry Kuper

Geboren: Zaandam, 1956

Opleidingskliniek: EMC Rotterdam

Huidige kliniek:

Admiraal de Ruyter Ziekenhuis

Waarom koos je destijds voor de studie geneeskunde?

Ik ben een kruising tussen een Friese verpleegkundige en een Groningse rijksambtenaar. Verdere toelichting overbodig.

Waarom koos je uiteindelijk specifiek voor de specialisatie longziekten?

Eigenlijk bij toeval. Initieel wilde ik chirurg worden, echter medio jaren '80 behoorde dit niet tot de mogelijkheden. Via militaire dienst kreeg ik de kans de opleiding militair hulpanesthesist te volgen. Daar kwam ik in aanraking met longgeneeskunde, waar mijn interesse is gewekt. Via een omweg die mij langs Engeland voerde, kwam ik in opleiding bij professor Hilvering, Die een grote invloed heeft gehad op mijn denken en doen binnen mijn vakgebied.

Wat is je aandachtsgebied en waarom?

Astma, COPD en infectiologie. Astma-COPD als aandachtsgebied zijn een logisch gevolg van mijn jaar in het NAD, Davos. Daar heb ik van mijn collega

Aad Bron geleerd hoe om te gaan met moeilijk astma. En dan moeilijk niet in de zin van fysiek, maar vooral de psychische aspecten.

Verder heeft COPD ook met name mijn aandacht in verband met de ernst van het lijden en de negatieve beeldvorming waaronder deze groep patiënten lijdt. Tot op de dag vandaag ben ik een "CARA" adept.

Infectiologie, specifiek tuberculose in de huidige tijd, maar ook in de geschiedenis is een interesse die zover gaat dat ik zelfs tijdens vakanties op zoek ben naar boeken hierover.

Wat zijn je ambities?

Ik ben inmiddels min of meer aan het eind van mijn werkende bestaan gekomen. En wil na mijn pensioen kunstgeschiedenis gaan studeren. Terugkijkend ben ik dankbaar dat ik de gehele ontwikkeling van bronchogram, naar PET-scan heb mogen meemaken.

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

De grootste verbetering en verslechtering zijn identiek. Zijnde automatisering.

Aan de positieve zijde de explosieve ontwikkeling van beeldvormende technieken. Toegankelijkheid van informatie in de meest ruime zin des woords.

Aan de schaduwzijde de dwangbuis van het computerprogramma, de uitbreiding van administratieve taken, de starheid en conservatisme van het systeem. Een voorbeeld: protocollen worden gemaakt niet altijd vanuit kennis en inhoud, (bijv. Helico-bacter geschiedenis) en protocollen worden onvoldoende nageleefd en onvoldoende vernieuwd. Gevaar van inmenging van derden (financiers en overheid)

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

Er wordt tegenwoordig veel druk gezet om in bepaalde ziektebeelden te investeren, waardoor andere groepen in

de verdrukking komen. Ik bepleit meer geld te steken in basaal onderzoek met name de exploratie van het microbioom lijkt mij veel belovend.

Wat is je grootste mislukking?

Dat ik niet de gelegenheid heb genomen/gekregeen om te promoveren.

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

Veel lezen en leren, waardoor je niet verveelt raakt in het dagelijkse werk en elke dag weer nieuwe dingen ziet.

Wat is er nodig om een goede longarts te zijn?

Adequate en actuele kennis. En daarbij begrip hebben voor het feit dat dit niet altijd congruent is met het klachtenpatroon van de patiënt. Zeg nooit tegen de patiënt dat hij niets heeft. Maar zeg dat jij als dokter het niet kunt vinden.

Hoe zie je de toekomst in het ziekenhuis?

Ik verwacht een drastische vermindering mogelijk zelfs een halvering van het aantal ziekenhuizen. Omdat er een keuze wordt gemaakt voor concentratie van kennis en duurdere technieken. Daarnaast zal er verschuiving zijn naar de eerste lijn. De toekomst van ziekenhuizen is erg afhankelijk van visie van de stakeholders.

Hoe zie je de toekomst van het Nederlandse zorgstelsel?

Met zorg, met name door het loslaten van het solidariteitsbeginsel. Verder denk ik dat het verhogen van de drempel voor toegang tot verpleeghuiszorg zal leiden tot een toename van de zogenaamde 'verkeerde bed problematiek'.

Wat betekent patiëntenzorg voor jou persoonlijk?

Dat is de hoogste prioriteit in mijn vak.

Wat is je dierbaarste bezit?

Mijn eega.

Wat voor boeken of films hebben je aandacht?

Boeken: auteurs Elsschot, Nescio, Springer, Willem Wilmink en Annie M.G. Schmidt.

Films: de Godfather-cyclus (Francis Ford Coppola), A year of living dangerously (Peter Weir)

Muziek: Brel, Bowie, Kinks, Mozart (opera), Bach (cantates), Spinvis.

In welk anders land zou je willen leven en werken?

Eigenlijk in geen ander land dan Nederland. Ik sluit mij aan bij de

schrijver van het pulmonaal portret van vorige keer, Steven Rutgers. Helaas beseffen de bewoners van dit droomland dit onvoldoende en nemen elkaar te veel de maat.

Aan wie mogen wij de volgende keer vragen stellen (graag een longarts uit een andere regio en andere leeftijdscategorie).

Harry van Looij; longarts opgeleid in de mijnstreek. Een begenadigd en verstandig longoncoloog en een zeer goede buur. (Bravis, voorheen De Lievensberg)

Recent bleek ik na screeningsonderzoek een afwijking te hebben aan mijn dikke darm, waaraan ik eind november geopereerd ben. Ik hoop jullie op een van de volgende congressen wederom te treffen.



Samenvatting proefschrift Remco Djamin

De effecten van onderhoudsbehandeling met macroliden bij COPD patiënten met frequente exacerbaties

27 oktober 2017, Erasmus Universiteit te Rotterdam
Promotoren: Prof. dr. J.G.J.V. Aerts, Prof. dr. J.A.J.W. Kluytmans

COPD exacerbaties hebben een grote impact hebben op longfunctie, morbiditeit en mortaliteit. Het beleid bij COPD patiënten moet er derhalve op gericht zijn om exacerbaties te verminderen, met name bij patiënten die frequent exacerbaties doormaken. Ondanks diverse bewezen effectieve interventies, is er nog steeds een behoefte aan interventies die de exacerbatiefrequentie verder kunnen reduceren.

Diverse studies hebben de rol van bacteriën als oorzaak van COPD exacerbaties aangetoond. Hieruit kan worden opgemaakt dat onderhoudsbehandeling met antibiotica zinvol zou kunnen zijn. Naast antimicrobiële effecten, hebben macrolide antibiotica ook anti-inflammatoire eigenschappen. Macroliden zijn succesvol gebruikt als onderhoudsbehandeling bij diverse chronische inflammatoire longaandoeningen.

Hoofdstuk 1 geeft een uitvoerig overzicht van verschillende aspecten

die bij acute COPD exacerbaties van belang zijn.

In hoofdstuk 2 wordt de huidige stand van zaken beschreven van onderhoudsbehandeling met macroliden met als doel COPD exacerbaties te reduceren. In diverse recente onderzoeken wordt aangetoond dat door middel van onderhoudsbehandeling met macroliden een significante reductie van de exacerbatiefrequentie kan worden bereikt. In onze COLUMBUS studie besloten wij om onderhoudsbehandeling met macroliden te onderzoeken in de specifieke subgroep van COPD patiënten met tenminste drie exacerbaties in het voorafgaande jaar. Er is gekozen voor azithromycine, aangezien dit middel minder bijwerkingen heeft dan andere macroliden. Het studie protocol wordt beschreven in hoofdstuk 3. In dit onderzoek hebben we aangetoond dat een schema met azitromycine 500 mg drie maal per week gedurende een jaar, leidt tot een grotere reductie van de exacerbatiefrequentie in vergelijking met placebo, bij COPD patiënten met tenminste drie exacerbaties in het voorafgaande jaar (hoofdstuk 4). Aangezien bekend is dat, naast bacteriële infecties, virale infecties

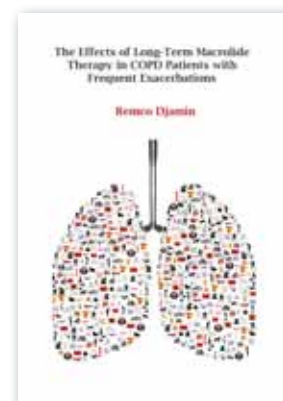
een belangrijke rol spelen als oorzaak van COPD exacerbaties, is onderzocht welke virussen gedetecteerd konden worden tijdens de behandelperiode (hoofdstuk 5). Tevens werd de verdeling over de seizoenen onderzocht. Een virale infectie werd in een kwart van de exacerbaties vastgesteld. Humaan rhinovirus (HRV) werd het meest frequent gevonden, gevolgd door respiratoir syncytieel virus (RSV) en humaan metapneumovirus (hMPV). Ook werd vastgesteld dat de meeste virale infecties in de winter plaatsvinden, gevolgd door zomer, herfst en voorjaar. Een afwijkend patroon werd gezien bij HRV, met een piek in juli.

In hoofdstuk 6 onderzochten wij welke eigenschappen van COPD patiënten met frequente exacerbaties de respons op onderhoudsbehandeling met macroliden het beste konden voorspellen. Het bleek dat onderhoudsbehandeling met azitromycine tot een significant lager aantal exacerbaties leiden in patiënten met de volgende karakteristieken: uitgangswaarde bloed eosinofielen $\geq 2,0\%$ (vergeleken met een eosinofielen getal $< 2,0\%$), GOLD stadium 1-2 (versus GOLD stadium 4) en GOLD groep C (vergeleken met groep D). Ook het aantal opnames was significant

lager bij patiënten met een bloed eosinofielen getal $\geq 2,0\%$ (vergeleken met een eosinofielen getal $< 2,0\%$) en bij hen in GOLD stadium 1-2 (vergeleken met GOLD stadium 4). Aangezien de mogelijke ontwikkeling van bacteriële resistentie tijdens langdurige behandeling met macrolide antibiotica een groot punt van zorg is, onderzochten wij het effect van deze behandeling op het verloop van macrolide resistentiegenen in de pharyngeale microbiële flora van de COPD patiënten in de COLUMBUS trial. In hoofdstuk 7 hebben we laten

zien dat de acquisitie van macrolide resistentiegenen beperkt was tijdens onderhoudsbehandeling, maar dat het relatieve overschot van deze genen een significante toename liet zien, vergeleken met placebo. Alhoewel de klinische implicaties van deze resultaten niet duidelijk zijn, is het aan te raden om het optreden van resistentie zorgvuldig te monitoren bij patiënten die langdurig met antibiotica worden behandeld.

U kunt het proefschrift aanvragen bij rdjamin@amphia.nl



Samenvatting proefschrift Onno Spruijt

Assessing right ventricular function and the pulmonary circulation in pulmonary hypertension

2 November 2017, Vrije Universiteit te Amsterdam
Promotor: prof dr A Vonk Noordegraaf
Co-promotoren: dr. H.J. Bogaard, dr. J.T. Marcus

Bij de ziekte pulmonale arteriële hypertensie (PAH) vindt er remodelering plaats in de kleine pulmonaal arteriën hetgeen leidt tot een vernauwing van het lumen. De remodelering van het arteriële longvaatbed is een complex proces en wordt onder andere gekenmerkt door vasoconstrictie, hyperproliferatie van endotheelcellen en gladde

spiercellen alsmede inflammatie. Door de vernauwing van het lumen neemt de weerstand van het longvaatbed toe wat resulteert in een verhoogde druk in de pulmonaal arteriën. De toegenomen weerstand leidt tot een toename van de load op de rechter ventrikel (RV) en een toename van de wandspanning. Via een complex adaptatieproces zal de RV zoveel mogelijk zijn functie proberen te behouden. Globaal gesteld zal er in eerste instantie hypertrofie optreden en de contractiliteit van de RV toenemen om het hartminuutvolume zoveel mogelijk te behouden. Wanneer dit onvoldoende lukt, zal er dilatatie optreden ter compensatie wat echter

tevens leidt tot een toename van de wandspanning. Uiteindelijk treedt er rechter hartfalen op hetgeen de belangrijkste doodsoorzaak is van patiënten met PAH.

Vroege herkenning en prognose bij patiënten met PAH

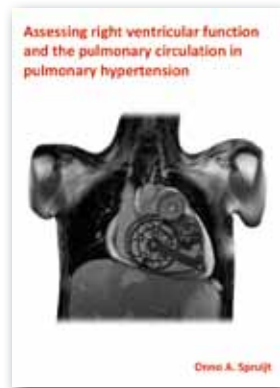
De diagnose PAH wordt vaak gesteld in een laat stadium van de ziekte. Dit komt omdat de klachten waarmee patiënten zich in eerste instantie presenteren niet specifiek zijn. In de diagnostische fase van patiënten die zich presenteren met onbegrepen dyspneu wordt vaak een CT met contrast vervaardigd van het longvaatbed, bijvoorbeeld

ten behoeve van het uitsluiten van longembolieën als mogelijke oorzaak. Het was reeds bekend dat op een dergelijke CT scan ook aanwijzingen kunnen worden gevonden voor de aanwezigheid van PAH, zoals een vergrootte diameter van de pulmonaal arterie ten opzichte van de diameter van de aorta ascendens (PA/AA-ratio). In hoofdstuk 2 hebben we gevonden dat de voorspellende waarde van een CT voor PAH kan worden vergroot door PA/AA-ratio te combineren met de diameter ratio tussen de RV en LV (RV/LV-ratio).

Uit veel studies is gebleken dat bij de PAH verschillende rechter hart parameters een belangrijke prognostische waarde hebben. In hoofdstuk 3 hebben we een eenvoudige toepasbare risicoscore ontwikkeld gebaseerd op een combinatie van metingen van het rechter hart en deze vergeleken met reeds bestaande risicoscores. De rechter hart score toonde een goede prognostische waarde en correleerde met algemeen bekende, complexere risicoscores (REVEAL en NIH score).

Het meten van de behandelrespons bij patiënten met PH

Tegenwoordig wordt MRI gezien als de beste beeldvormende techniek voor het meten van de functie van de RV. Deze techniek is echter relatief duur, niet overall beschikbaar en de post-analyse kost relatief veel tijd. Echocardiografie heeft deze nadelen niet en daarom onderzochten wij in hoofdstuk 5 of eenvoudige tweedimensionale functiematen van de RV kunnen worden gebruikt voor de monitoring van patiënten met PH. Wij vonden een goede relatie tussen tweedimensionale functiematen verkregen met echo en RVEF berekend met MRI. Echter, de verandering van RVEF in de tijd gemeten met MRI kon niet goed worden gevolgd door de tweedimensionale functiematen verkregen met echocardiografie. Onze resultaten suggereren dat echocardiografie onvoldoende sensitief is voor het monitoren van de RV functie. Patiënten met IPAH en een lage DLCO



hebben een slechtere overleving dan patiënten met IPAH en een behouden DLCO. Of dit deels wordt verklaard door een slechtere respons op PH specifieke vasodilatatoire therapie was niet bekend. Daarom onderzochten wij in hoofdstuk 6 de cardiale en hemodynamische respons op therapie bij patiënten met IPAH en een verlaagde DLCO. Beide groepen toonden een verbetering in hemodynamica en functie van het hart met PH-specifieke vasodilatatoire therapie zonder een verslechtering van de oxygenatie in rust en tijdens inspanning. Kortom, patiënten met IPAH en een lage DLCO reageren hetzelfde op PH specifieke vasodilatatoire therapie in termen van hemodynamica en cardiale functie als patiënten met IPAH en een behouden DLCO.

De toepassing van nieuwe technieken binnen PH

Op dit moment is het niet mogelijk het primaire ziekteproces, de remodelering van het longvaatbed, in beeld te brengen bij patiënten met PAH. In hoofdstuk 8 onderzochten wij of middels [18F]-FLT PET/CT het proces van hyperproliferatie als onderdeel van de remodelering van het longvaatbed kon worden gekwantificeerd. Vervolgens onderzochten wij met behulp van het monocrotaline ratmodel de effecten van gerichte therapie middels [18F]-FLT PET/CT. De opname van [18F]-FLT in de longen van patiënten met IPAH was significant hoger dan de opname in de longen van controle patiënten en was gerelateerd aan bekende parameters

van ziekte-ernst. De opname van [18F]-FLT in de long toonde heterogeniteit tussen patiënten met IPAH. In het monocrotaline ratmodel van PH vonden wij tevens dat een afname van proliferatie, geïnduceerd door specifieke therapie (dichloroacetaat en imatinib), leidde tot een proportionele afname in de opname van [18F]-FLT in de long. Uit onderzoek is gebleken dat de inspanningsintolerantie bij patiënten met PAH voornamelijk het gevolg is van circulatorie limitaties. In hoofdstuk 10 hebben we middels een invasieve inspanningstest onderzocht of er verschillen zijn tussen patiënten met PH en controles in de contractiele reserve, oftewel de reserve in contractiliteit van rust naar inspanning. In tegenstelling tot controles, bleken de patiënten met PH geen contractiele reserve te hebben hetgeen leidde tot een verslechtering van de koppeling tussen de RV en de load tijdens inspanning. De contractiele reserve bleek niet te correleren met een recent voorgestelde surrogaat meting van de contractiele reserve, de verandering van de pulmonaal druk tijdens inspanning.



PhD defense Denielli da Silva Gonçalves Bos

Neurohormonal activation in pulmonary arterial hypertension

20th November 2017, Aula VU, Amsterdam

Promotor: prof. dr. A. Vonk Noordegraaf

Copromotoren: dr. M.L. Handoko & dr. F.S. de Man

Four years ago I received the really great opportunity to travel more than 10.000 km, from the really south region of Brazil, the city of Porto Alegre, to Amsterdam. You may wonder why I left this huge and sunny country? The reason is the following... I was always amazed and curious about physiology, more specifically in cardiovascular physiology. I started to dive into the research world quite early, even before receiving my bachelor's degree. I started to understand the pathophysiology of pulmonary arterial hypertension (PAH), a complex disease, during my master studies back in Brazil. After that time, I really wanted to contribute to a better understanding

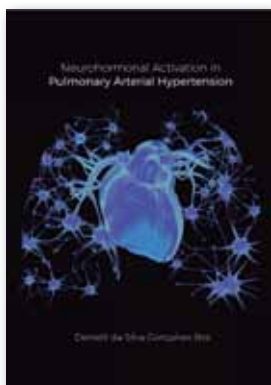
and to learn more about this disease, that not only affects the pulmonary vasculature, but the increase in right ventricular afterload contributes to right heart failure, which is the major cause of

mortality of PAH patients. Therefore in 2013, I received the amazing opportunity to continue my research in the center of excellence in the pulmonary hypertension field, under the supervision of prof. dr. A. Vonk Noordegraaf, dr. M.L. Handoko and dr. F.S. de Man. During those four wonderful and challenging years, my research focused in understanding the contribution of the neurohormonal activation to right ventricular dysfunction and pulmonary vascular remodeling in PAH. The neurohormonal system is responsible to maintain the cardiovascular homeostasis, and it is composed by the sympathetic and parasympathetic nervous system, and renin-angiotensin-aldosterone system. It is known that chronic neurohormonal activation, as increased sympathetic and renin-angiotensin-aldosterone activities, and reduced parasympathetic activity is associated with disease progression.¹⁻³ However, it is not known if reduced parasympathetic activity is associated with right ventricular dysfunction and pulmonary vascular remodeling in PAH. This was the aim of one chapter from my thesis, recently accepted for publication in *Circulation*.⁵ My research also investigated whether targeting this neurohormonal activation by using novel therapies, as renal sympathetic denervation⁴ and parasympathetic stimulation⁵, would contribute to delay the disease progression in experimental models of PAH. Those four years of research resulted in my thesis: *Neurohormonal activation*

in pulmonary arterial hypertension, which was presented on Monday, 20th of November of 2017, 15:45h in de Aula at VU. If you want to have more details about my research and questions you can always contact me via email d.dsgbos@vumc.nl / dsgbos@gmail.com.

References:

1. Ciarka A, Doan V, Velez-Roa S, Naeije R and van de Borne P. Prognostic significance of sympathetic nervous system activation in pulmonary arterial hypertension *Am J Respir Crit Care Med*; 2010(181): 1269-75.
2. de Man FS, Tu L, Handoko ML, Rain S, Ruiter G, Francois C, Schlij I, Dorfmueller P, Simonneau G, Fadel E, Perros F, Boonstra A, Postmus PE, van der Velden J, Vonk-Noordegraaf A, Humbert M, Eddahibi S and Guignabert C. Dysregulated renin-angiotensin-aldosterone system contributes to pulmonary arterial hypertension. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;186:780-9.
3. Minai OA, Gudavalli R, Mummadi S, Liu X, McCarthy K and Dweik RA. Heart rate recovery predicts clinical worsening in patients with pulmonary arterial hypertension. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;185:400-8.
4. da Silva Gonçalves Bos D, Happé C, Schlij I, Pijacka W, Paton JFR, Guignabert C, Tu L, Thuillet R, Bogaard H-J, van Rossum AC, Vonk-Noordegraaf A, de Man FS and Handoko ML. Renal Denervation Reduces Pulmonary Vascular Remodeling and Right Ventricular Diastolic Stiffness in Experimental Pulmonary Hypertension. *JACC: Basic to Translational Science*. 2017;2:22-35.
5. da Silva Gonçalves Bos D, Van Der Bruggen CE, Kurakula K, Sun XQ, Casali K, Casali A, Rol N, Szulcek R, dos Remedios C, Guignabert C, Tu L, Dorfmueller P, Humbert M, Wijnker P, Kuster D, van der Velden J, Goumans MJ, Bogaard HJ, Vonk-Noordegraaf A, de Man FS, Handoko ML. Contribution of impaired parasympathetic activity in right ventricular dysfunction and pulmonary vascular remodeling in pulmonary arterial hypertension. *Circulation*. 2017; In press.



Diagnostiek naar alpha-1 antitrypsine deficiëntie

Identificeer uw patiënten met 'Null'-allelen, zodat ze eventueel in aanmerking kunnen komen voor suppletie therapie

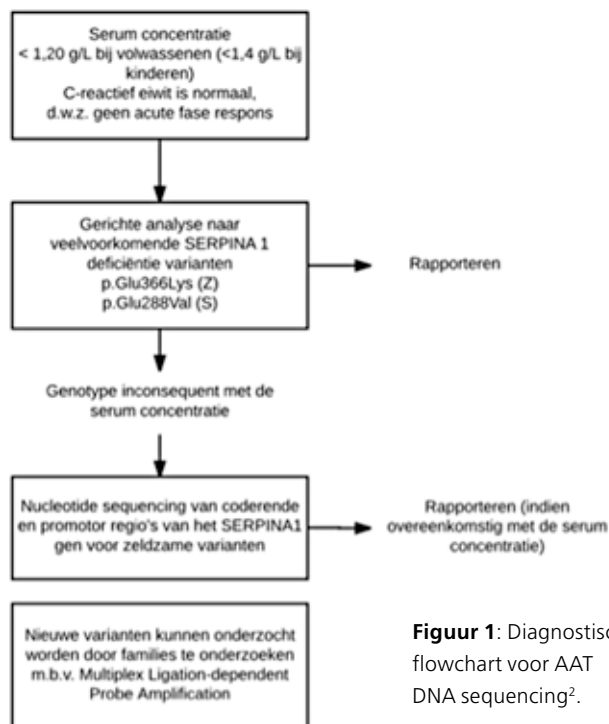
Myrthe van Tilburg, *studente Avans Hogeschool 's-Hertogenbosch*
 Dr. Clemens Prinsen, *moleculair bioloog, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen*
 Dr. Jody van den Ouweland, *klinisch chemicus, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen*
 Dr. Rob Janssen, *longarts, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen*

Longemfyseem bij personen met alpha-1 antitrypsine deficiëntie (AATD) wordt veroorzaakt door een verstoord balans tussen de beschermende effecten van de antiprotease alpha-1 antitrypsine (AAT) en de destructieve effecten van de protease neutrofiel elastase (NE). AAT wordt met name in de lever aangemaakt en biedt tegenwicht aan de verwoestende effecten van NE op longweefsel. Personen met ernstige AATD hebben verlaagde AAT concentraties in bloed en longen door mutaties in het AAT gen en zijn daarom veel gevoeliger voor de ontwikkeling van emfyseem.

Het 'Z' allel is de meest voorkomende mutatie die tot ernstige AATD kan leiden. Personen met een 'Z' allel maken AAT aan met een afwijkend aminozuur leidend tot misfolding en polymerisatie van de eiwitten. Dit mutant eiwit is nauwelijks in staat de lever te verlaten, waardoor de concentratie AAT in bloed en longen verlaagd is. Naast longemfyseem kan leverziekte ontstaan door accumulatie van 'Z'-AAT in hepatocyten. Een persoon met een 'M' allel (wild type) en een 'Z' allel heeft normaal gesproken een mild verlaagde AAT concentratie in het bloed. Homozygote individuen met het 'ZZ' genotype hebben sterk verlaagde AAT spiegels. Er zijn ook zeldzamere mutaties in het AAT gen (ofwel het SERPINA1 gen) die tot ernstige AATD kunnen leiden. Bij zogenaamde 'Null' varianten wordt helemaal geen AAT in de lever aangemaakt. In Nederland waren een aantal jaar geleden slechts 12 personen ontdekt die homozygoot waren voor 'Null' allelen ('Null/Null'). Het aantal personen dat heterozygoot is voor 'Null' allelen zal uiteraard hoger zijn, maar hoeveel personen het precies betreft is onbekend.

Het is mogelijk om AAT te suppleren aan patiënten met COPD op basis van ernstige AATD om de progressiesnelheid

van emfyseem te vertragen. Sinds januari 2017 wordt deze behandeling in Nederland vergoed aan COPD patiënten met het 'Null/Null' en 'Z/Null' genotype. Het is dus heel belangrijk om te weten of uw AATD patiënten 'M/Z', 'Z/Z', 'Z/Null' of 'Null/Null' genotypes hebben. Dit onderscheid kan echter niet altijd met de meest gebruikte diagnostische test worden gemaakt. In sommige gevallen is DNA sequencing van het AAT gen noodzakelijk. Met de veelgebruikte PCR van het AAT gen wordt enkel gekeken of een persoon 'M', 'Z' of 'S' AAT allelen heeft. 'S' AAT allelen leiden tot een mild tekort aan AAT in het bloed door één afwijkend aminozuur. 'Null' allelen kunnen met PCR niet geïdentificeerd worden. De PCR geeft bij een patiënt met een 'Z/Null' genotype als uitslag 'MZ' en bij 'Null/Null' zal de PCR 'MM' suggereren. Het 'Null' AAT allel wordt immers door deze PCR test 'gezien' als een 'M'. Als de PCR test 'M/Z' of 'M/M' zegt, maar de concentratie AAT in het bloed sterk verlaagd is, dan heeft die persoon waarschijnlijk één of twee 'Null' allel(en) en is DNA sequencing aangewezen. Met het diagnostisch flowchart (fig. 1) en tabel 1 kan gekeken worden of het vastgestelde genotype overeenkomt met de serum AAT spiegel om te bepalen of DNA sequencing nodig is.



Figuur 1: Diagnostisch flowchart voor AAT DNA sequencing².

Tabel 1: Concept van de serum AAT spiegel* drempelwaarde van de bescherming voor AAT deficiëntie.

Fenotype (PI*)	Serum AAT spiegel (g/L)
PI*MM	1,0-2,2
PI*MZ	0,6-1,5
PI*SZ	0,4-1,1
PI*ZZ	0,2-0,35
PI*Null/Null	0,0

*Voorgestelde drempelwaarde = ~0,57 g/L

Elektroforese, een andere test welke regelmatig gebruikt wordt in de diagnosestelling van AATD, zal een 'Z/Null' AATD patiënt voor 'ZZ' aanzien. In Duitsland, waar geen onderscheid gemaakt wordt tussen 'ZZ' en 'Z/Null' patiënten in de indicatiestelling voor suppletie therapie, is elektroforese een bruikbare test. Voor de huidige Nederlandse situatie is deze test minder bruikbaar.

Een praktijkvoorbeeld is een dame met ernstig COPD op basis van AATD (patiënt A). Zij kwam over van een ander ziekenhuis en zou bekend zijn met het 'ZZ' genotype, in het verleden vastgesteld met behulp van de elektroforese techniek. Besloten werd het AAT gen te sequencen en ze bleek niet 'ZZ' maar 'Z/Null' te zijn. Recentelijk is ze gestart met suppletie therapie.

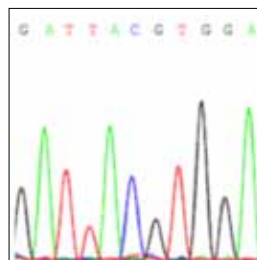
In ons ziekenhuis wordt een COPD patiënte (patiënt B) met een serum AAT spiegel van 0,2 g/L behandeld. De uitslag van de PCR was 'MZ'. We concludeerden dat deze zeer lage AAT concentratie niet compatibel is met 'MZ' en vervolgens hebben we sequencing verricht. Ze bleek inderdaad, net als de vorige patiënte, het 'Z/Null' genotype te hebben.

Sequencing

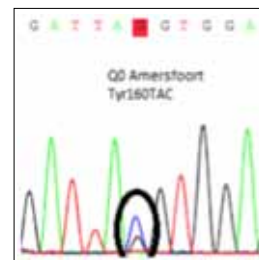
Met behulp van DNA isolatie uit bloed, PCR en sequentieanalyse zijn DNA sequenties van het coderende deel (exon II t/m V) van het SERPINA1 gen van verschillende patiënten geanalyseerd. Door deze sequenties te vergelijken met de referentie sequentie is bepaald of er DNA mutaties aanwezig zijn en zo ja, welke. De hiervoor genoemde patiënten (A en B) zijn niet verwante patiënten waarbij dezelfde 'Null' mutatie is aangetroffen.

Vanwege de structuur van het DNA kunnen we mutaties op twee verschillende manieren aantonen/bevestigen met DNA sequencing, namelijk met behulp van forward en reverse sequencing. Onderstaand wordt een klein deel van de forward sequenties van een gezond persoon (fig. 2) en van patiënt A (fig. 3) weergegeven. Hier is bij beide patiënten een indicatieve piek voor een mutatie zichtbaar op nucleotide positie 480 waar zich de 'Null' mutatie Q0Amersfoort (Tyr160TAC) bevindt. Deze mutatie zorgt voor een voortijdige terminatie

van de peptideketens, wat resulteert in een incompleet eiwit. Deze mutatie omvat circa 6% van de mutaties die gevonden worden bij patiënten met AATD³.

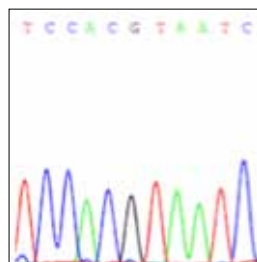


Figuur 2: Een deel van de exon II forward SERPINA1 sequentie van het wildtype.

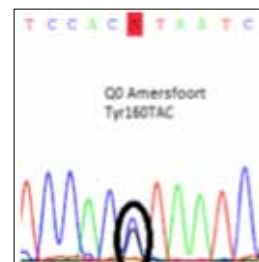


Figuur 3: Een deel van de forward sequentie van exon II van patiënt A waarin de mutatie omcirkeld is.

Ter bevestiging is ook reverse gesequenced. De reverse sequenties van een gezond persoon (fig. 4) en van patiënt A (fig. 5) worden hieronder weergegeven. Deze sequenties bevestigen de waarneming bij de forward sequentie, want hier is wederom een dubbele piek zichtbaar op nucleotide positie 480.

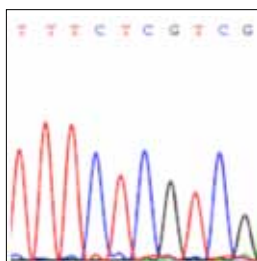


Figuur 4: Een deel van de exon II reverse SERPINA1 sequentie van het wildtype.

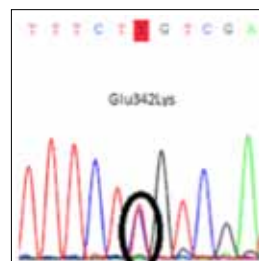


Figuur 5: Een deel van de reverse sequentie van exon II van patiënt A waarin de mutatie omcirkeld is.

Ook zijn beide patiënten heterozygoot voor de 'Z' mutatie op exon V, wat maakt dat bij beiden sprake is van het 'Z/Null' genotype. In onderstaande figuren wordt de reverse sequentie van het betreffende deel van exon V weergegeven van het wildtype (fig. 6) en van patiënt A (fig. 7). Deze mutatie bevindt zich op nucleotide positie 1024 en wordt Glu342Lys genoemd. In homozygote vorm leidt dit tot AATD^{4,5}. De AATD wordt in het geval van patiënten A en B veroorzaakt door de 'Null' mutatie in combinatie met de 'Z' mutatie.



Figuur 6: Een deel van de exon V reverse SERPINA1 sequentie van het wildtype.



Figuur 7: Een deel van de reverse sequentie van exon V van patiënt A waarin de mutatie omcirkeld is.

Beide patiënten hebben dus een 'Z/Null' genotype en komen in aanmerking voor de suppletietherapie. Wij geven het advies om met behulp van de diagnostische flowchart te evalueren of tussen uw COPD patiënten met verlaagde serum AAT spiegels personen zouden kunnen zitten met 'Null' allelen, die mogelijk ook in aanmerking komen voor suppletietherapie. Wanneer u het vermoeden heeft dat een van uw patiënten een 'Null' mutatie heeft en dit nader onderzocht wilt hebben met behulp van sequentieanalyse, kunt u zich richten tot het Klinisch Chemisch Laboratorium van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen.

Referenties

1. L. Fregonese, J. Stolk, R. R. Frants en B. Veldhuisen, „alpha-1 antitrypsin Null mutations and severity of emphysema.,” *Respiratory Medicine*, 2008;102: 876-884.
2. N. Kalsheker en R. Stockley, *Alpha-1-antitrypsin deficiency*, 1st Ed, Academic Press, 2017.
3. J. Prins, B. B. v. d. Meijden, R. J. Kraaijenhagen en J. P. M. Wielders, „Inherited Chronic Obstructive Pulmonary Disease: New Selective-Sequencing Workup for 1-Antitrypsin Deficiency Identifies 2 Previously Unidentified Null Alleles,” *Clinical Chemistry*, 2008;54:101-107.
4. I. Ferrarotti et al., „Serum levels and genotype distribution of 1-antitrypsin in the general population,” *Thorax*, 2012;67:669-74.
5. P. Strnad et al., „Heterozygote carriage of the alpha1-antitrypsin Z variant rs28929474 predisposes to the development of cirrhosis in the presence of alcohol misuse and non-alcohol-related fatty liver disease,” *Journal of Hepatology*, 2017 nr. 66, S177.



Move2Improve, op weg naar een landelijk bewegingsprogramma voor patiënten met COPD

Bewegingsarmoede is een veel voorkomend fenomeen bij patiënten met COPD. Een vaste definitie van bewegingsarmoede is er niet maar uitgaande van de norm voor gezond bewegen (10.000 stappen per dag) wordt operationeel een ondergrens van 7000 stappen per dag aangehouden. Bij diverse aandoeningen is er in toenemende mate belangstelling voor het verschijnsel van bewegingsarmoede, omdat een verlaagde fysieke activiteit sterk geassocieerd is met spiermassa verlies, cardiovasculaire morbiditeit, osteoporose, en een afgenomen levensverwachting. Daarnaast is bewegingsarmoede bij COPD geassocieerd met een toename in aantal exacerbaties en een afname in longfunctie. Een verlaagd activiteitsniveau wordt tegenwoordig gemakkelijk vastgesteld met behulp van activiteitsopnemers zoals fitbits en smartphones. Uit studies blijkt dat bewegingsarmoede in alle stadia van COPD optreedt, dus ook al bij patiënten met relatief lichte luchtwegobstructie.

Er zijn diverse oorzaken voor een verlaagd activiteitsniveau bij patiënten met COPD. De ernst van de aandoening kan, tezamen met eventuele comorbide aandoeningen, hiertoe leiden. Onze werkgroep omschrijft deze patiënten als het 'fenotype' 'niet kunnen en niet doen'. Daarnaast is er een groep van patiënten die wel kan (afgelezen aan een inspanningstest), maar niet doet. Bij dit fenotype 'wel kunnen, maar niet doen' kunnen verschillende factoren (al dan niet gecombineerd) een rol spelen, zoals angst, depressie, vermoeidheid, of een gebrek aan motivatie.

Bewegingsarmoede is bij uitstek een 'treatable trait'. Bewegen is een wezenlijk onderdeel van fysiotherapieprogramma's, reactivering en longrevalidatie. Hierin heeft het accent lange tijd gelegen op het verbeteren van de inspanningscapaciteit (kunnen) onder de aanname dat deze verbetering zich zou vertalen in een toename van fysieke activiteit (doen). Wetenschappelijk onderzoek van

de laatste 5-10 jaar laat zien dat dit niet of zeer beperkt het geval is. Gedragsverandering lijkt aanvullend van belang.

Intussen zijn er diverse lokale initiatieven om het activiteitsniveau van deze patiënten te verhogen. In diverse plaatsen zijn wandelclubjes actief, uitgaande van patiënten zelf, het Longfonds, en lokale zorgverleners. De uitkomsten van deze initiatieven kunnen heel positief zijn, maar een evaluatie van die uitkomsten en identificatie van eventuele succesfactoren ontbreekt. Bredere toepassing vindt op dit moment nog niet plaats.

Een groep van longartsen en onderzoekers op het gebied van COPD heeft daarom de werkgroep Move2Improve opgericht. Doel van dat platform is om de aandacht voor het fenomeen bewegingsarmoede bij COPD te verhogen, de oorzaken en gevolgen middels een 'white paper' in beeld te brengen, en een aantal instrumenten te ontwikkelen en aan te reiken om patiënten met COPD meer in beweging te krijgen.

Een van de concrete acties is het toewerken naar de Nationale COPD Challenge (NCC). Dit concept is afgeleid van, en opgesteld in samenwerking met de Nationale Diabetes Challenge (NDC). De NDC blijkt een zeer succesvol landelijk project te zijn om patiënten met diabetes type 2 in beweging te krijgen. Deze Nationale Diabetes Challenge wordt georganiseerd door de Bas van de Goor Foundation (BvdGF) en bestaat uit een 20 weken durend wandel programma waarbij de deelnemers in lokale wandelgroepjes drie keer per week wandelen, waarvan eenmaal per week samen met zorgprofessionals uit de eerste- en tweedelijnszorg uit hun gebied. Na 20 weken interventie wordt een afsluitende vierdaagse wandel challenge gehouden met het zogenaamde NDC Festival. Tijdens het festival leggen alle deelnemers en hun zorgprofessionals samen de laatste kilometers van het project af. De BvdGF

zorgt voor praktische ondersteuning waardoor de interventie voor iedere zorginstelling uitvoerbaar is. In 2017 wandelden ruim 3.500 mensen met diabetes op 164 locaties in Nederland. Al diverse jaren heeft deze interventie geleid tot mooie resultaten voor mensen met diabetes: meer bewegen (een stijging van 40% naar 57% van de deelnemers die voldoen aan de norm Nationaal Gezond Beweggedrag), een relevante verbetering van de kwaliteit van leven, medische verbeteringen (HbA1c afname, minder medicatie), en een verbetering van de mate van zelfmanagement, gemeten met de PAM score.

Onze werkgroep is nu bezig met het opzetten van een pilot studie met 5-12 longartspraktijken met elk 8-12 patiënten die deel willen nemen aan dit project. In de werkgroep COPD hebben we afgelopen september voorgelegd hoe we dit willen aanpakken. We willen gebruik maken van de succesfactoren van de NDC: succeservaring met bewegen van patiënten en hun partners, meewandelen door een lid van het behandelteam (coaching, enthousiasme, contact buiten de spreekkamer), verbinding deelnemers onderling, en het aanbieden van een 'Kant en klaar' pakket voor de lokale organisatie.

Kenmerken van de pilot studie zijn de volgende:

In 2018 zullen 5-12 sites vanuit de afdelingen longziekten gaan wandelen met 8-12 mensen met COPD.

Inclusiecriteria:

Patiënten met COPD zonder ziekenhuisopnames in de laatste 3 maanden, met voldoende fysieke capaciteit (6MWD > 70% voorspeld) en onvoldoende fysieke activiteit (< 5.000 stappen per dag gemiddeld), zonder relevante bijkomende aandoeningen die fysieke activiteiten beperken en waarbij de klinische inschatting is dat er geen complicaties zullen optreden (bijvoorbeeld op basis van ergometrisch

onderzoek). In deze fase kiezen we voor < 5000 stappen per dag oftewel 50% van de norm voor gezond bewegen) om zo een flinke ruimte voor verbetering te creëren.

Primaire vraag:

Is de NCC een haalbare interventie voor mensen met COPD? (Evaluatie door sites en deelnemers, registratie deelname trainingen, eenvoudige selectie deelnemers, challenge en uitval)

Secundaire vragen:

Wat is de effectiviteit van de interventie voor mensen met COPD op :

- Fysieke activiteit
- Psychologische kenmerken (cognities m.b.t. fysieke activiteit en activering voor zelfmanagement)
- Klachten en ziektelast

Metingen:

Fysieke activiteit: aantal stappen per dag (stappenteller)

Psychologische kenmerken: BREQ-2, PAM

Ziektelast: ziektelastmeter of CCQ of CAT.

Bij de METC / CMO zal de vraag worden voorgelegd of het project WMO-toetsing plichtig is.

Als u belangstelling hebt om deel te nemen of meer informatie wilt ontvangen, dan kunt u contact opnemen met een van de leden van de werkgroep Move2Improve: Maarten van de Berge, Paul Bresser, Mariëlle Broeders, Remco Djamin, Richard Dekhuijzen, Alex van 't Hul, Christian Melissant, Martijn Spruit en Hans in 't Veen, via move2improve.longen@gmail.com.

Namens de werkgroep Move2Improve,

Richard Dekhuijzen, voorzitter

1,8 miljoen euro voor onderzoek naar de erfelijke vorm van pulmonale hypertensie



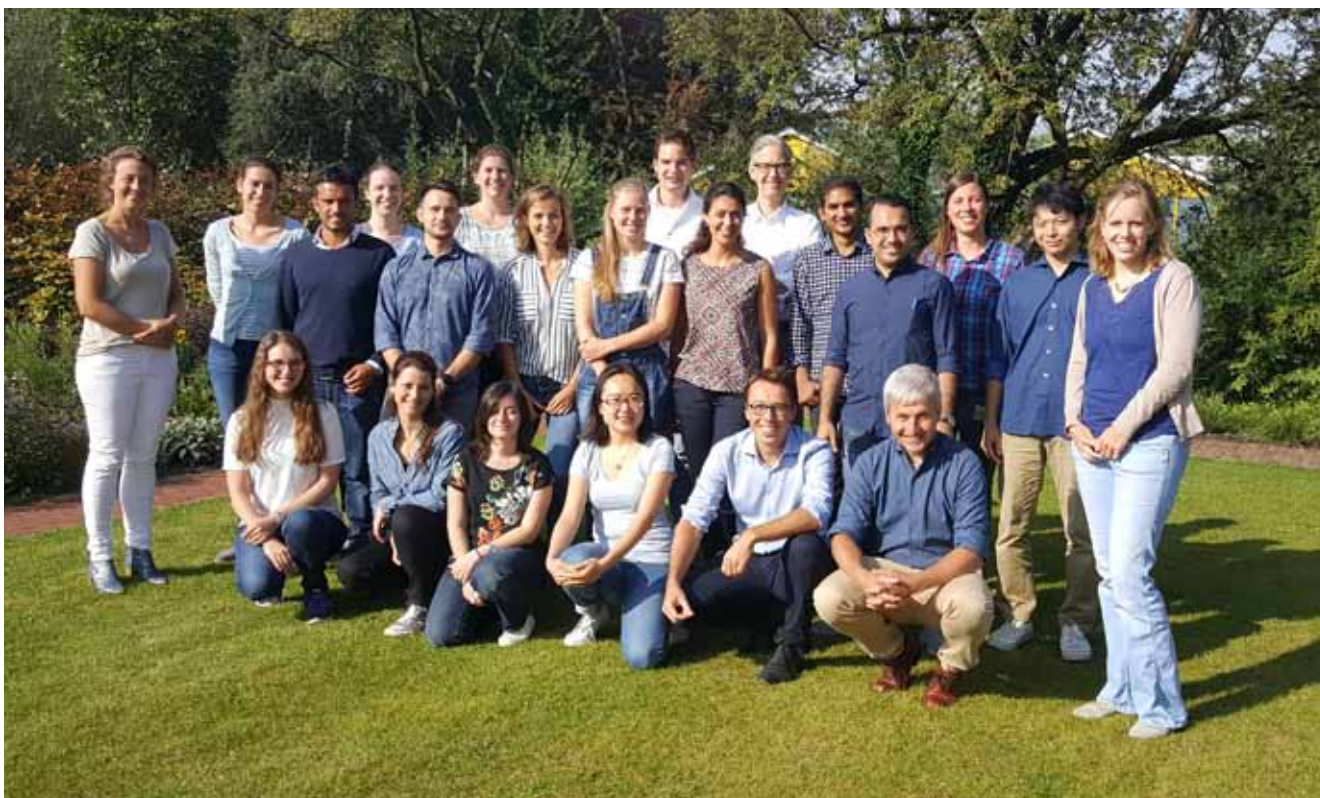
Recent heeft de Hartstichting een zogenaamde CVON beurs toegekend aan het VUmc van 1,8 miljoen euro. Hoofdaanvrager is Harm Jan Bogaard, longarts van het

VUmc. Het onderzoeksprogramma is getiteld DOLPHIN-GENESIS wat een acroniem is voor 'Detection Of Latent Pulmonary Hypertension In Genetically Susceptible Individuals'. Recent onderzoek heeft laten zien dat bij 20% van PAH patiënten, een erfelijke achtergrond de oorzaak van de ziekte

is. In Nederland zijn inmiddels 29 families gevonden waarin de erfelijke vorm van PAH voorkomt. Binnen deze families is van 40 familieleden bekend dat ze de ziekte hebben, terwijl er 23 bekende gezonde dragers van het afwijkende gen zijn. De werkelijke aantallen patiënten met erfelijke PAH en dragers van het afwijkende gen moeten in Nederland vele malen hoger zijn. Vroege detectie van patiënten en het systematisch vervolgen van dragers kan levensreddend zijn. Het DOLPHIN-GENESIS programma probeert hier verandering in aan te brengen door deze patiënten en dragers op te sporen en systematisch te vervolgen.

Daarnaast beoogt DOLPHIN-GENESIS nieuwe bloedtesten te ontwikkelen die het mogelijke maken vroege vormen van vaatziekten op te sporen voordat de pulmonale hypertensie zich ontwikkeld heeft. Tot slot wordt samen met de moleculaire celbiologie van het LUMC Leiden onderzoek verricht naar de biologische oorzaken van het ontstaan van pulmonale arteriële hypertensie.

Anton Vonk Noordegraaf

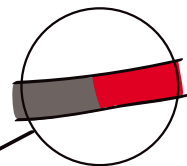


PH Pulmonary Research Group

PAH, erfelijkheid en het BMPR2

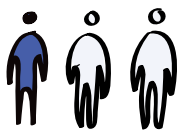


Er zijn ongeveer 500 PAH patiënten in Nederland.



30%

van de PAH patiënten heeft een BMPR2 gen mutatie.



1/3 met het gemuteerde gen wordt daadwerkelijk ziek. Hoe dit wordt getriggerd is nog onbekend.

Wat doet het BMPR2 gen?

Het BMPR2 gen is nodig om hoge bloeddruk in de longen te voorkomen. Wanneer dit gen niet goed werkt kan er hoge bloeddruk ontstaan. Het is een beschermend gen, en maakt eiwitten die de bloeddruk laag houden.

Ik heb PAH. Kan ik helpen?

Jazeker! We willen zoveel mogelijk genmutatie-dragers in beeld krijgen en onderzoeken. Hoe meer deelnemers, hoe meer inzicht we krijgen in de ontwikkeling van PAH. Mail naar ph.info@vumc.nl



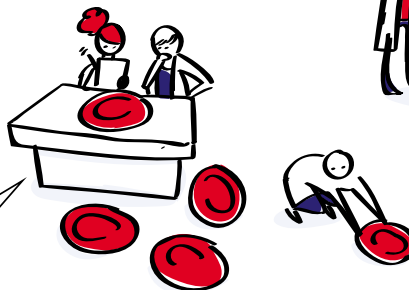
50%

is de kans dat dit gen erfelijk wordt overdragen.



Ik heb de BMPR2 gen mutatie. Wat nu?

1/3 wordt daadwerkelijk ziek. Dit onderzoek is ook gericht om PAH zo vroeg mogelijk te herkennen. Zo zorgen we er voor dat er uitstekende kansen zijn op overleven en patiënten een goede kwaliteit van leven hebben.



Onderscheiding Harry Heijerman

Op 27 september nam Harry Heijerman na 28 jaar afscheid van zijn HagaZiekenhuis.

Harry is de grondlegger van het eerste Cystic Fibrosis (CF)-centrum voor volwassenen in Nederland en heeft de afgelopen decennia onder andere veel betekend voor menig CF patiënt.

Hoe verrassend was het dat ten tijde van het afscheidssymposium van Harry, die graag alles onder controle houdt, de burgemeester van Zoetermeer, dhr. Aptroot buiten het programmaboekje om ten tonele verscheen. De burgemeester begon met de opening: "als ergens een feestje van een plaatsgenoot is, ga ik graag even langs".

De burgemeester gaf een beschrijving van Harry's indrukwekkende staat van dienst. Naast onder andere het opzetten van het eerste CF centrum voor volwassenen in Nederland, ontwikkelde hij nieuwe behandelmethodes en bracht innovatieve zorgprogramma's tot stand. "Dr. Heijerman is nationaal en internationaal vermaard als gezaghebbend longspecialist", aldus de burgemeester.

Harry Heijerman is tevens nauw betrokken geweest bij de totstandkoming van de medische richtlijnen en de kwaliteitsstandaarden die aan de behandeling van CF ten grondslag liggen. Dit alles in nauwe samenwerking met de Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting (NCFS).

De burgemeester citeerde de directeur van de NCFS als volgt: "Deze patiëntenorganisatie kent Harry als voortreffelijk arts en in woord en daad betrokken, toegewijd en zeer toegankelijk. Veel lof en woorden van dank verdient u voor al uw verdiensten die u in en vanuit het HagaZiekenhuis op uw naam heeft gezet. De wijze waarop u invulling heeft gegeven aan uw werk en werkzaamheden daaromheen is van bijzondere betekenis voor onze samenleving in het algemeen maar voor de patiënt in het bijzonder."

Met de woorden: "Daarom mag ik u mededelen, het is mij een eer en een genoegen u te zeggen, dat het Zijne Majesteit de Koning heeft behaagd om op grond van u grote en belangrijke verdiensten op uw vakgebied u te benoemen tot Officier in de orde van Oranje-Nassau", sloot de burgemeester zijn speech af.

Beste Harry, de redactie van de PulmoScript feliciteert je van harte met het verkrijgen van deze Koninklijke onderscheiding!



Skate 4 air

Beste collega's,

Drie jaar geleden hoorde ik op de longdagen Jochem Uytdehaage een inspirerend verhaal vertellen over trainen, supercompensatie en zijn inspanningen voor Skate4AIR. Skate4AIR heeft als doel om activiteiten te ondersteunen die zijn gericht op het verbeteren van de levensduur en levenskwaliteit van mensen met cystic fibrosis. De naam van de organisatie en de betrokkenheid van de oud Olympisch schaatskampioen doen al vermoeden dat het bij deze activiteiten vooral om schaatsen gaat. Dat klopt, en wel het schaatsen van de alternatieve Elfstedentocht op de Weissensee in Oostenrijk. Dit hooggelegen meer is al enige jaren het decor van Nederlandse schaatsgekte. Nu is het zo dat ik vroeger, toen winters nog echte winters waren, vaak op de ijzers heb gestaan. Maar dat is inmiddels al weer even geleden. Deze nostalgische herinnering, enige zelfoverschatting en het inspirerende verhaal van Jochem zorgden er voor dat ik mij heb laten verleiden om dit avontuur aan te gaan. Met vier vrienden hoop ik op 2 februari a.s. de 10 rondjes van 20 km te voltooien en daarmee geld binnen te halen voor CF-onderzoek. Ik hoop jullie niet uit te leggen wat de impact van deze ziekte is. Dat ik als longarts zo mijn steentje kan bijdragen maakt dit evenement voor mij extra bijzonder. Inmiddels ben ik bezig met de voorbereiding en draai ik mijn rondjes op de kunstijsbaan. Niet echt spannend maar noodzakelijk voor een gunstig resultaat. Mochten jullie na het lezen van dit korte



verhaaltje geïnteresseerd zijn geraakt en ook mee willen doen dan kan je je nog steeds aanmelden bij Skate4AIR. Ook kortere afstanden zijn mogelijk, zoals 100 en 150 km. Ben je geen schaatser, maar wil je toch bijdragen, dan kan je mij ook sponsoren. Meer informatie en mogelijkheid om te doneren vind je op www.skate4air.nl/actie/gert-jan-braunstahl. Alvast dank voor de support!

Gert-Jan Braunstahl



Weissensee, Oostenrijk

Vacature Commissie Cursorisch Onderwijs (CCO)

Wilt u meer betrokken worden bij het cursorisch onderwijs voor AIOS dan is lid/cursusleider worden van de commissie cursorisch onderwijs wellicht iets voor u.

De commissie is op zoek naar een nieuwe enthousiaste cursusleider voor de cursus infectieziekten. Als cursusleider verzorgt u 2 cursusdagen welke jaarlijks in januari-februari worden gehouden.

Profiel:

1. Een goede kennis van, bij voorkeur blijkend uit verricht wetenschappelijk onderzoek op dit gebied, en overzicht over, de pulmonale infectieziekten.
2. Klinische ervaring als longarts, waaruit blijkt dat u in staat bent om kennis en inzicht op het gebied van pulmonale infectieziekten in de praktijk toe te passen, en dit kan overdragen aan longartsen in opleiding.
3. Goede didactische en organisatorische eigenschappen.

Uw reactie kunt u richten aan het secretariaat van de NVALT: constance@nvalt.nl.

Wij ontvangen uw reactie graag zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op 1 januari 2018 aanstaande.

Even voorstellen



Dag allemaal,

Mijn naam is Noortje Weerts-Boesewinkel en per 15 november 2017 ben ik begonnen als bureaumedewerker bij het secretariaat van de NVALT.

Ik ben 39 jaar jong en getrouwd met (voor mij) de liefste Rudy. Samen hebben we een dochter Eva (8) en zoon Sander (4).

We wonen in een rustige groene wijk aan de rand van Oss en gaan er graag op uit. In de zomervakantie doen we dat het liefste met de vouwwagen naar Italië en zo af en toe bezoeken we met ons tweetjes een leuke stad in België.

Muziek is ons gezin wel een gedeelde factor; voor mij vooral het luisterwerk en af en toe zang, mijn man bespeelt graag de toetsen en het is leuk om te zien dat de kinderen al een grote interesse hebben in muziek.

Andere hobby's en interesses van mij zijn: lezen, architectuur, koken, gezellig samenzijn met familie en vrienden.

Ik heb Bouwkunde gestudeerd en vanuit die opleiding ben ik gaan werken in de vastgoed, ik vervulde hier vooral een ondersteunende functie voor de makelaars op vooral administratief en organisatorisch vlak. Ook heb ik ervaring opgedaan als juridisch secretaresse bij een juridische dienstverlener in 's-Hertogenbosch. Het bureau van de NVALT zocht een collega voor 0,5 fte, de werkzaamheden en functie-eisen bleken een leuke match met mij te zijn, en voilà. Met mijn opgedane kennis en kunde op secretariael vlak verwacht ik mijn fijne collega's Trudy, Constance en Wilma - en daarmee ook jullie - te kunnen ondersteunen én van dienst te zijn. Ik werk op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag in de ochtenden.

Als ik zo'n plezier in mijn werk zal krijgen als mijn collega's hier op het bureau, dan weet ik dat dat helemaal goed gaat komen!

We spreken elkaar vast wel eens,
Groetjes, Noortje

Lidmaatschap

Denkt u eraan tijdig wijzigingen in uw lidmaatschap aan ons door te geven?
Zoals u wellicht weet loopt het lidmaatschap van 1 januari t/m 31 december.
Bij latere opzegging loopt het lidmaatschap door tot het einde van het
eerstvolgende kalenderjaar.



*Wij wensen u prettige kerstdagen
en een voorspoedig 2018*

Het secretariaat van de NVALT is gesloten
van maandag 25 december t/m maandag 1 januari.

Kandidaat-leden



Aoben Chen
aios Catharina Eindhoven



Las Dinjens
aios Isala Zwolle



Michèle Prevoo
aios MUMC Maastricht



Jelco Tramper
aios VUMC Amsterdam



Stephan Verweij
aios UMCU Utrecht



Aniek Zantvoort
aios Rijnstate Arnhem

Nieuw benoemde longartsen

Marieke Berger opgeleid in Spaarne Gasthuis Haarlem/Hoofddorp

Babette Brantenaar opgeleid in NWZ Alkmaar

Gea Douma opgeleid in MCL Leeuwarden

Leonie Imming opgeleid in Medisch Spectrum Twente, Enschede

Lotte Hartjes opgeleid in RadboudMC Nijmegen

Eline Mattern opgeleid in Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Arenda Meedendorp opgeleid in UMCG Groningen

Bas Robberts opgeleid in CWZ Nijmegen

Filip Triest opgeleid in MUMC Maastricht

Lidewij Visser opgeleid in HagaZiekenhuis Den Haag






Senior leden

G. Remmert Emmen

Wijzigingen in uw persoonlijke gegevens kunt u doorgeven op uw persoonlijke pagina op de website. Overige wijzigingen zoals bv het einde van uw opleiding of het omzetten van uw lidmaatschap in een senior-lidmaatschap kunt u mailen naar secretariaat@nvalt.nl.

Enkele belangrijke data

2018

- Prof. dr. Jules van den Bosch Symposium, St. Antonius Nieuwegein 11 januari
- Slaapcursus der Lage Landen, Antwerpen 18 t/m 20 januari
-  Bronkhorst Colloquium, Blankenberge 8 t/m 10 februari
- Winter ILD school Davos 15 t/m 18 januari
- 20e Nationale longkanker symposium, Amsterdam 19 januari
- Medisch Leiderschap, omgaan met obstructie in de zorg 24 t/m 26 januari
- Wengen op de Wadden 11 t/m 15 maart
- Op de Hoogte van astma, Davos 14 t/m 17 maart
-  Week van de Longen (Longartsenweek + Longdagen) 9 t/m 12 april
- Liverpool goes Dutch, laatste inzichten van palliatieve zorg, Apeldoorn 18 t/m 20 april
- ATS, San Diego 18 t/m 23 mei
- ASCO, Chicago 1 t/m 5 juni
-  Najaarscongres 6 t/m 7 september
-  Ergometrie cursus 14 t/m 15 juni
- ERS, Parijs 15 t/m 19 September
-  Hermesexamen, Utrecht 9 oktober
-  Bronkhorst Colloquium, Veldhoven 22 t/m 24 november

Alle geaccrediteerde nascholingen vindt op de congresagenda van PE-online.

<https://www.pe-online.org/public/index.aspx?pid=73>