

PULMO

Script

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT
JAARGANG 29 NR. 1 MAART 2018



Agenda Ledenvergadering
10 april

Sterk Participatie Prijs

Slotcouplet: ervaringen
van een longarts

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:
Lisette Kunz
Berber Piet
Franz Schramel
Wilma Vlug

Uiterste datum voor insturen kopij
nr. 2: 15 mei 2018

PulmoScript verschijnt eenmaal
per kwartaal in een oplage
van 1300 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 Agenda NVALT ledenvergadering 10 april

Commissies, secties en werkgroepen

- 07 Vanuit het Concilium
 - Het nieuwe opleiden
- 09 Vanuit de Commissie Kwaliteit
 - Ontwikkeling agenda zorgevaluatie longziekten
- 11 Vanuit de Commissie BOM
 - Atezolizumab bij eerder behandeld gevorderd niet-kleincellig longcarcinoom
- 15 Nascholingsdagen VvAwT, 11 & 12 januari

Rubrieken

- 17 Opleiding in de kijker: Isala ziekenhuis Zwolle
- 19 Jonge klare in de kijker: Arenda Meedendorp
- 21 Pulmonaal Portret: Harry van Looij

En ook.....

- 22 Interview Paul Baas en Sjaak Burgers
Koninklijke onderscheiding
- 24 Sterk Participatie Prijs
- 25 Slotcouplet: Ervaringen van een longarts

Personalia

- 26 Kandidaat-leden
- 27 Nieuw benoemde longartsen
- 28 Senior leden

29 Congresagenda



Cover: bij het ter perse gaan van dit nummer heerst in ons land een forse griepgolf. In zijn voorwoord gaat Franz Schramel in op de doelmatigheid van de griepvaccinatie...

Bij het schrijven van dit voorwoord voor PulmoScript, is de griepgolf nog niet geluwd. Ziekenhuizen zijn in het nieuws omdat de toestroom van patiënten, de SEH en bedden capaciteit soms ver te boven gaat. Het leuren met patiënten is voor zowel de huisarts als medisch specialist een grote frustratie. Het vervelende van dit geheel, is dat dit een jaarlijks terugkerend probleem is, waarvan de oplossing nog niet gevonden is. Reeds in een eerder voorwoord heb ik al aangegeven, dat er weinig hard wetenschappelijk bewijs is voor de griepvaccinatie. Ook deze griepgolf is hier weer eens het bewijs van. Desondanks staan de patiënten toch op de stoep van de huisarts. Vorig jaar streken de huisartsen volgens de gegevens van Stichting Nationaal Programma Grieppreventie samen bijna 34 miljoen euro op voor één of twee middagjes waarin ze bij elkaar ruim drie miljoen griep prikken gaven. In dat jaar overleden circa 7500 mensen door de griep, denken we, want niemand weet dat zeker. De griepvaccinatie beschermt patiënten bij lange na niet tegen de griep. In seizoenen met goede overeenstemming tussen de dode en de levende virussen in het vaccin, voorkomt de prik circa 40% van de influenza gevallen. Echter die goede seizoenen zijn in de minderheid. In de afgelopen jaren was er een goede overeenstemming in vier van de 11 seizoenen. Tijdens de overige zeven seizoenen bleek de effectiviteit van de griepvaccinatie slechts 20%.

Uit bovenstaande kan men concluderen dat de griepvaccinatie niet doelmatig zou kunnen zijn. Maar krijgen we nog wat handen op elkaar om een studie te verrichten naar de doelmatigheid van het vaccineren? Gezien de grote financiële belangen van de verschillende partijen kan het zo zijn dat dit niet van de grond komt. Maar hebben wij als artsen niet



ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid om de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen? Zijn goede hygiëne maatregelen (zoals handen wassen etc.) en het niet weer te vroeg beginnen met werken na ontstaan van griepverschijnselen, niet betere en kosteneffectieve maatregelen die de griep epidemie in toom houden, dan een dure en weinig effectieve vaccinatie? Ik ben bang dat we het nooit zullen gaan weten.

Franz Schramel

Vanuit het bestuur

Grote kans dat dit stuk niet gelezen wordt, al zeker niet door de klinisch werkzame longartsen onder ons: die zijn knap uitgeput geraakt na het harde werken laatste maanden. Het is ongeveer het einde van de *flu-time*, en dat betekent dubbele aantallen opgenomen patiënten, veel buitenbedden op onbekende buitenafdelingen waar je nog de weg moet vragen, contact met vriendelijke maar onbekende verpleegkundigen die met vragende ogen staren bij de opdracht COPD zorgpad, mannelijke patiënten op de zaal Gynaecologie, diensten met nauwelijks slaap maar de volgende dag toch weer lekker op.

Influenza is een bijzonder virus, beperkt te voorkomen met de griepvaccinatie zoals Frans al heeft verwoord, slim jaarlijks muterend en nauwelijks zinvol te behandelen, maar toch komen de patiënten dag en nacht voor onze zorg. Het heeft iets weg van het aderlaten in de Middeleeuwen: we moeten wel iets in afwachting van betere, interferongebaseerde effectieve vaccinaties die onafhankelijk zijn van het viraal subtype, of van zinvolle antivirale behandeling.

Bovendien valt tijdens de griepperiode op hoe de zorg buiten het ziekenhuis verschaald is. In het bijzonder voor onze kwetsbare medemens: extreem hoogbejaarde patiënten die door de waarnemend huisarts nog steeds worden ingestuurd in plaats van zachte vriendelijke laatste levenszorg thuis, gebrek aan capaciteit van transfer en thuiszorg, overvolle verpleegtehuizen. Een ziekenhuis is dan een laatste reddingsboei wanneer alle andere deuren dicht blijven, frustrerend, maar wel de werkelijkheid. Een

opnamestop in een ziekenhuis is dus een zwaar middel, laat staan een SEH-presentatiestop.

Vaccinatie is nu maar deels effectief, vooral bij jongere gezonde personen, zodat bij gebrek aan beter, vaccinatie van het personeel nog steeds te verdedigen is. Al was het maar omdat elke hand aan het bed hard nodig is. Wat bij elke griep epidemie opvalt is het voorspelbare van het onvoorspelbare. Net zoals het aanbod van de SEH bepaalde patronen volgt, is de griepgolf redelijk goed in te plannen, wat betreft begintijd, duur en hoeveelheid patiënten, met wisselende jaarlijkse variatie. Het mooie aan een ziekenhuis is dat je overall mensen hebt rondlopen die dit voor je kunnen uitrekenen. In ons ziekenhuis zijn we dit jaar, op basis van die nauwkeurige logistieke informatie, gestart met een dedicated griepafdeling, wat ook op andere plaatsen in het land gebeurt. De griep epidemie zelf voorspellen is dus niet het probleem, het seizoensgebonden overwerk is dat wel: er is al krapte van verpleegkundig personeel en het aantal opgeleide artsen daalt ook. Eigenlijk is het dus op zichzelf onoplosbaar: met hetzelfde personeel 3 maanden per jaar een dubbel aantal patiënten opvangen en toch gebeurt het telkens opnieuw. Het is interessant om in te zoomen op die werkelijkheid: deels verschuiven andere patiënten naar andere tijden (operaties die worden afgezegd, electieve opnames die uitgesteld worden), deels is er buiten de griepperiode een zekere overcapaciteit, en deels werken we met z'n allen langer en sneller tijdens die maanden. Maar: er zijn niet meer bedden in het ziekenhuis dan er zijn, ook niet tijdens de griep, dus

in theorie zou het werk te doen zijn met het aanwezige personeel: snelle uitstroom (vroeg ontslag) en vaste ziekenhuisartsen per afdeling voor alle specialismen. In dat geval zou elke zaalarts evenveel werk hebben, ongeacht of er een griep patiënt of chirurgische patiënt op de afdeling ligt. Dit past in het interessante traject van de herschikking van ziekenhuistaken zoals de Federatie nu met het TOKIO instrument (meer hierover op de site van de Federatie) heeft gestart en wat uitgerold kan worden over de ziekenhuizen. Alleen voor de longarts-supervisor blijft het dan hollen in de winter..

Misschien moeten we maar aannemen dat het griepvirus bij ons blijft zoals het al eeuwen doet en zou het een idee zijn om te starten met een gespecialiseerd influ longarts: werkzaam van november tot mei en de rest van het jaar lekker uitrusten op een griepvrij eiland...

Thomas Macken



Dinsdag 10 april 2018 in Burggraaf 1-2-3 van 17.45 - 19.30 uur

Agenda Huishoudelijke Vergadering

1. Opening
2. Notulen vergadering 21 september 2017 (zie website bestuur/vergaderingen)
3. Mededelingen vanuit het Bestuur
 - Mededelingen vanuit de Commissie Beroepsbelangen/Projectgroep DOT
 - Aanpassen Normtijden DOT-producten
4. Mededelingen vanuit het Concilium
5. Mededelingen vanuit de Commissie Richtlijnen
 - Goedkeuring document Concentratie en Spreiding van Zorg van Ernstig Astma Zorg in Nederland (bijlage staat op de website)
 - Goedkeuring Richtlijn OSAS (bijlage op de website)
6. Rapport Taakherschikking (bijlage op de website)
7. Opheffing Werkgroep Aandachtsgebieden
8. Verslag Werkgroep E-Health
9. Criteria voor Targeted Therapy in geval van Zeldzame Mutaties bij Longcarcinoom (bijlage staat op de website)
10. Stand van Zaken Longkankerscreening
11. Stand van Zaken Zorgevaluatie
12. Het verplichtstellen van de visitaties Respiratoire Slaapgeneeskunde
13. Verkiezingen:
 - a. **Bestuur**
Dr. E.H.J. van Haren wordt als voorzitter opgevolgd door dr. L. van den Toorn, van Haren blijft in het Bestuur tot 01-01-2019 als past-president.
 - b. **Concilium**
De eerste zittingstermijn van dr. B. van den Borne en dr. R. Nocker is verstreken, zij stellen zich herkiesbaar. In het Concilium worden benoemd dr. R. Douma, dr. M. Reijers en dr. R. Schweizer. Dr. L. van den Toorn verlaat het Concilium op eigen verzoek, hij wordt als voorzitter opgevolgd door dr. M. Reijers.
 - c. **Commissie Bronkhorst Colloquium**
De eerste zittingstermijn van W. van Geffen is verlopen, hij stelt zich herkiesbaar. In de Commissie worden benoemd dr. I. van der Lee, dr. I. van Veen
 - d. **Commissie Cursorisch Onderwijs**
De eerste zittingstermijn van dr. R. Mostard en prof.dr. J. Annema, is verstreken, zij stellen zich herkiesbaar. De maximale zittingstermijn van dr. R. Jonkers is verstreken. Hij wordt opgevolgd door dr. D. Sniijders.
 - e. **Commissie Richtlijnen**
De eerste zittingstermijn van dr. J. Rooijackers is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar. Dr. H. Kwakkel en dr. M. Overbeek hebben de commissie op eigen verzoek verlaten, naar opvolging wordt gezocht. Dr. L. van den Toorn verlaat de commissie op eigen verzoek.
 - f. **Commissie Kwaliteit**
M. Urlings-Stoop heeft de commissie op eigen verzoek verlaten, naar opvolging wordt gezocht.
- Tegenkandidaten kunnen tot een week voor de vergadering worden aangemeld bij het secretariaat.
14. Voorstellen kandidaat-leden
15. Wat verder ter tafel komt en rondvraag
16. Sluiting

Vanuit het Concilium

Het nieuwe opleiden

Beste collega's,

In de afgelopen periode hebben we uitgebreid ervaring kunnen opdoen met ons nieuwe landelijke opleidingsplan dat in samenspraak met een onderwijskundige en een werkgroep, bestaande uit longartsen en AIOS, in het leven is geroepen. Ons opleidingsplan heeft veel lof geogst bij de overige verenigingen binnen de Raad Opleiding door de snelheid alsmede de zorgvuldigheid waarmee het opleidingsplan tot stand is gekomen, maar ook door de directe koppeling aan een nieuw landelijk e-portfolio dat in mijn ogen naadloos aansluit op het opleidingsplan. Inmiddels volgen diverse verenigingen ons voorbeeld, en is het wellicht interessant om te weten dat ook de NIV heeft besloten in zee te gaan met Reconcept, de makers van ons portfolio. Dit kan de aansluiting van de vooropleiding op de vervolgopleiding alleen maar ten goede komen! Uiteraard heeft de invoering van het portfolio veel gevergnd van zowel de longartsen als de AIOS. Stages moesten opnieuw worden ontworpen, themakaarten moesten worden omgebouwd tot EPA's, AIOS moesten generieke vaardigheden gaan ontwikkelen en er moest ruimte komen voor verdieping voor elke AIOS binnen de opleiding. Dat dit niet binnen korte tijd te realiseren viel, moge duidelijk zijn.

Echter, alle inspanningen zijn zeker niet voor niets geweest. De opleidingsvisitaties van de afgelopen maanden leren ons dat het opleidingsplan inmiddels in een groot deel van de opleidingsklinieken geheel of grotendeels is ingevoerd waarbij ook de AIOS enthousiast zijn over de mogelijkheden die het opleidingsplan biedt. We zien in toenemende mate een dynamische opleiding ontstaan waarbij de AIOS in de tweede helft van de opleiding gaat werken aan een bepaald profiel, waarvoor samen met de opleider een plan moet worden gemaakt. Uiteraard lijkt het verstandig om dit profiel niet alleen af te stemmen op persoonlijke interesse maar ook op het toekomstperspectief. Derhalve is door de genoemde werkgroep ook de visie uitgedragen dat een verdiepingstage in principe moet worden gevolgd in een centrum, om de kwaliteit van de verdieping op het hoogst mogelijke niveau te krijgen en te houden. In de beschrijving van de verdiepingstages, thans 10 in totaal, staan de ins en outs van de stages in detail vermeld, met dank aan alle secties die hier zorg voor hebben gedragen. De secties zullen in de toekomst ook een grote rol blijven spelen met betrekking tot het scheppen van de voorwaarden tot het ontwikkelen van een bepaalde expertise van de AIOS binnen de opleiding, maar ook na afronding van de opleiding. Zo zien we niet alleen in toenemende mate 'verkeer' van AIOS die elders een verdiepingstage willen volgen, maar ook in toenemende mate invulling van fellowships voor jonge klaren die zich na de opleiding verder willen gaan verdiepen. Het is mijn persoonlijke overtuiging dat hierdoor de kwaliteit van longartsen met een bepaald aandachtsgebied alleen maar zal toenemen. Wel zullen we ons hierdoor des te meer moeten gaan buigen over de discussie "generalisme versus specialisme", en de invulling daarvan in elke (opleidings)kliniek.

De recent uitgevoerde landelijke enquête onder opleiders en AIOS, waarbij vragen werden gesteld over het functioneren van het opleidingsplan, leerde ons dat de tevredenheid hierover aanzienlijk is. Wel zijn er kritische noten te horen over de praktische invulling van de EPA's. Bijvoorbeeld over het verkrijgen van bekwaamheid op het vlak van de generieke vaardigheden, en de precieze mogelijkheden voor het volgen van de verdiepingstages. Enerzijds hebben wij als werkgroep de plicht om deze opmerkingen zeer serieus te nemen en waar nodig tot actie over te gaan, anderzijds zal er sprake zijn van een 'leercurve', waarbij de souplesse waarmee we met het opleidingsplan omgaan in de komende jaren zeker zal stijgen.

FOKKE & SUKKE PIKKEN HET NIET LANGER



Met betrekking tot het beoordelen op de werkvloer lijkt het nieuwe e-portfolio een flinke 'boost' te hebben gegeven. Het toetsen van AIOS is niet alleen efficiënter maar ook leuker geworden. Velen herkennen het beeld van de supervisor die 'op de gang' met behulp van de portfolio-app de AIOS nog even een KPB toebedeelt. Met in het achterhoofd de woorden 'e-health' en 'innovatie', die veelvuldig terug te vinden zijn in het Visiedocument Medisch Specialist 2025, lijkt dit een goede ontwikkeling.

Naast de direct aan het opleidingsplan gerelateerde activiteiten wordt er via de Beleidscommissie Opleiding ook hard gewerkt aan andere zaken op het gebied van opleiding en scholing. Zo zal er gekeken gaan worden naar de mogelijkheden voor het ontwikkelen van een Nederlandse jaarlijkse kennistoets, die wellicht in de toekomst in plaats gaat komen van het HERMES examen. Daarnaast is er via genoemde Beleidscommissie en de commissie Cursorisch Onderwijs veel aandacht voor het landelijk onderwijs voor AIOS. Dit onderwijs is aan vernieuwing toe met meer aandacht voor o.a. leren in kleinere groepjes en e-learning, om maar enkele voorbeelden te noemen. Gesteld is dat het landelijk onderwijs een aanvulling moet zijn op het lokale onderwijs, en derhalve alleen onderwerpen moet bevatten die zich minder lenen voor lokale scholing. Met betrekking tot de onderwerpen zal bij de volgende landelijke opleidersvergadering een voorstel gelanceerd worden waarbij er een verplichte module bronchoscopie komt voor alle startende AIOS, en tevens een verplichte cursus ergometrie. Deze ontwikkelingen hebben inmiddels ook de steun van het bestuur van de NVALT ontvangen.

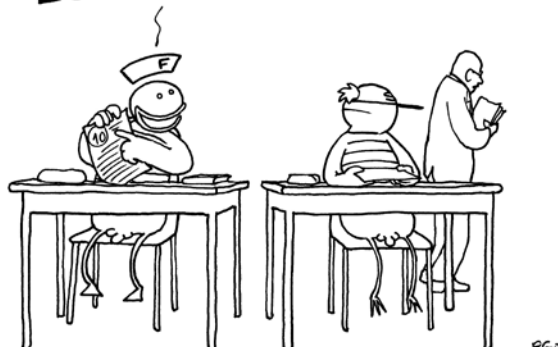
Maar er ligt nog meer werk op ons bord. Vanuit de academische opleidingsklinieken klinkt de waarschuwing dat wellicht een te groot deel van de opleiding tot longarts zich binnen de niet-academische ziekenhuizen afspeelt. Het is goed om te realiseren dat 75% van onze AIOS perifeer wordt opgeleid, hetgeen een uitzondering genoemd mag worden als we dit vergelijken met andere specialismen. Vanuit de perifere opleiding gaat de AIOS weliswaar verplicht in het kader van de uitwisseling naar de academie, maar daar is een minimale duur van slechts drie maanden voor afgesproken. In de praktijk blijkt inmiddels dat dit als te kort moet worden bestempeld. In de volgende update van het opleidingsplan zal derhalve zeer waarschijnlijk komen te staan dat dit minstens een half jaar of nog langer moet zijn. Daarnaast kan de vraag worden gesteld of sommige perifere klinieken met een beperkt aantal AIOS, mede met het oog op een mogelijk lagere instroom in de nabije toekomst, nog wel de gehele longopleiding moeten verzorgen, of liever een deel daarvan. Dit kan dan uiteindelijk recht doen aan het idee dat een AIOS zijn opleiding volgt in een OOR i.p.v. in een opleidingskliniek.

Beste collega's, zoals jullie zien blijft het opleiden van AIOS een uitdaging waar we allen plezier en voldoening uit kunnen blijven halen, en tevens blijft het niveau van de opleiding de basis voor de kwaliteit van de jonge klaren die de arbeidsmarkt betreden. Tevens moge duidelijk zijn dat onze opleiding niet eindigt met het ondertekenen van het RGS-formulier, maar daarna gewoon doorgaat. Niet voor niets is hiervoor de term 'levenslang leren' in het leven geroepen.

Ik wens jullie allen veel opleidingsplezier!
Leon van den Toorn

FOKKE & SUKKE HEBBEN EEN NIEUWE ONDERWIJSMETHODE ONTDEKT

ZÓ HEE!!
DAT "LEREN"
DAT WERKT
ECHT GOED!!!



Vanuit de Commissie Kwaliteit

Ontwikkeling agenda zorgevaluatie longziekten

Als longarts streeft u elke dag naar het verlenen van de best passende en de best mogelijke kwaliteit van zorg voor uw patiënten. Hoewel het uitgangspunt is om alleen zorg te verlenen die bewezen effectief is, is soms moeilijk te voorspellen of een patiënt ook daadwerkelijk baat zal hebben bij een bepaalde diagnostiek of behandeling. Van sommige behandelingen weten we dat ze werken, van andere weten we dat ze niet werken. Daartussen ligt een grijs gebied waar een gedegen wetenschappelijke onderbouwing van de keuzes die we maken, ontbreekt. Met enig gemak zal iedere longarts een aantal voorbeelden uit de mouw schudden. Denk bijvoorbeeld aan vragen als “welke drainagemethode bij een eerste pneumothorax?”, of “wel of geen antibiotica bij een exacerbatie COPD?”. Het illustreert onze dagelijkse confrontatie met zorg waarvan we eigenlijk niet goed weten wat het beste is voor onze patiënten.

Internationaal onderzoek laat zien dat bij ongeveer de helft van de medische behandelingen de uitkomst niet wetenschappelijk is onderzocht en/of de gezondheidswinst onvoldoende of niet aangetoond is. Deze zogenaamde kennishiaten leiden tot onder andere verschillende diagnostische- en behandeltrajecten bij dezelfde aandoening.

Zoals u wellicht weet zijn de NVALT en NRS een initiatief gestart om deze kennishiaten in kaart te brengen en zorgevaluatie hiernaar te stimuleren. Zorgevaluatie, klinisch evaluatieonderzoek naar de (kosten)effectiviteit van bestaande zorg, biedt inzicht in de juiste plaatsbepaling van interventies. Door evaluatie van gebruikelijke zorg kan antwoord worden gegeven op de vraag of een patiënt baat heeft bij een bepaalde behandeling en welke behandeling onder gegeven omstandigheden de voorkeur verdient. Hiermee kan het klinisch handelen van artsen verder worden onderbouwd en richtlijnen worden aangescherpt. Dit leidt tot zowel gezondheidswinst voor de patiënt alsook doelmatige besteding van middelen.

De eerste stap van dit gezamenlijke initiatief is het opstellen van een zorgevaluatie-agenda (ook

wel kennisagenda genoemd) met een beschrijving van de belangrijkste kennishiaten binnen de longeneeskunde. In deze agenda zullen de meest urgente zorgevaluatievragen op het gebied van de longeneeskunde worden gepresenteerd voor de komende jaren (2019-2022).

Om te inventariseren waar in de dagelijkse praktijkvoering van de longarts gebrek is aan wetenschappelijke onderbouwing, wordt aan alle NVALT- en NRS-leden en overige belanghebbenden, zoals patiëntenverenigingen, gevraagd om kennishiaten aan te dragen. De NVALT-secties hebben tijdens de vorige najaarsvergadering al verschillende prangende zorgevaluatievragen ingebracht. De individuele leden van de NVALT en de NRS zijn onlangs via een digitale enquête gevraagd om actief mee te denken en kennishiaten te formuleren.

Begin september, tijdens of rondom de volgende najaarsvergadering van de NVALT, zal er vervolgens de mogelijkheid zijn om de geïdentificeerde kennishiaten, samen met overige belanghebbenden, te prioriteren. Deze bijeenkomst is een uitgelezen kans om gezamenlijk te besluiten welke kennishiaten de grootste prioriteit hebben als het gaat om de opzet van wetenschappelijk onderzoek.

Wij willen u hierbij dan ook van harte uitnodigen om deel te nemen aan de inventarisatie en prioritering van kennishiaten in de longeneeskundige zorg. We hopen op een goede respons op de enquête en hoge aanwezigheid van de NVALT/NRS-leden tijdens de prioriteringsbijeenkomst!

Namens de projectgroep van de agenda zorgevaluatie longziekten,

George Nossent (longarts UMCG, voorzitter projectgroep)
Pieter Broos (NVALT)
Hannah Hoffenkamp (Kennisinstituut van Medisch Specialisten)

Projectgroepleden:

- George Nossent, longarts UMCG
- Anton Vonk Noordegraaf, longarts AMC-VUMC
- Anne-Marie Dingemans, longarts MUMC
- Jan Willem van den Berg, longarts Isala
- Katrien Eger, AIOS longziekten HagaZiekenhuis
- Marijke Amelink, AIOS longziekten AMC
- Marlies Wijsenbeek-Lourens, longarts Erasmus MC
- Michiel Spanbroek, longarts Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis
- Toby Dijkstra, longarts Rijnstate

Ben u nieuwsgierig geworden en wilt u meer informatie over zorgevaluatie? Het adviesrapport Zorgevaluatie van de Federatie Medisch Specialisten is te vinden op de website van de NVALT.



Vanuit de Commissie BOM

Atezolizumab bij eerder behandeld gevorderd niet-kleincellig longcarcinoom

Inleiding

Jaarlijks wordt in Nederland bij ongeveer 12.000 mensen longcarcinoom vastgesteld, waarvan bij ongeveer 10.000 mensen een niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC). Bij diagnose komt meer dan 50 procent van de patiënten niet meer in aanmerking voor een in opzet curatieve behandeling. Daarnaast krijgt 40 tot 50 procent van de patiënten die eerder in opzet curatief werden behandeld in de loop van de tijd metastasen op afstand. Voor deze patiënten (WHO-PS 0-2) bestaat standaard eerstelijns behandeling uit platinumbevattende chemotherapie. Sinds medio 2017 is de eerstelijns behandeling voor patiënten met een PD-L1-expressie van 50 procent of hoger (een derde van de patiënten) pembrolizumab. Bij progressie is er bij patiënten met voldoende klinische conditie een indicatie voor tweedelijns behandeling. Doel van beide behandelingen is verlenging van overleving (OS), met behoud van kwaliteit van leven.

De hier te bespreken gerandomiseerde fase III-studie betreft de vergelijking van het effect van atezolizumab ten opzichte van docetaxel bij patiënten met stadium IIIb/IV (incurabel) NSCLC met ziekteprogressie na 1 of 2 lijnen cytotoxische chemotherapie (waarvan ten minste 1 gebaseerd op platinum).¹ Atezolizumab is een gehumaniseerd, monokonaal IgG1-antilichaam gericht tegen PD-L1.

1. Kankersoort en lijn van behandeling

De in deze publicatie besproken internationale, gerandomiseerde fase III-multicenterstudie (open label) betreft patiënten met gemetastaseerd NSCLC waarbij de effectiviteit van atezolizumab wordt vergeleken met die van docetaxel bij progressieve ziekte na 1 of 2 lijnen chemotherapie, waarvan minimaal 1 lijn met platinum. Patiënten met een longcarcinoom met EGFR-mutaties of aanwezigheid van een ALK-fusieproteïne dienden eerdere behandeling met een tyrosinekinaseremmer te hebben gehad.

2. Vergelijking met de referentiebehandeling in Nederland

De Nederlandse richtlijn voor NSCLC stelt dat patiënten met WHO-PS 0-2 die ziekteprogressie hebben na een eerstelijns behandeling voor een tweedelijns behandeling in aanmerking kunnen komen. Het is aangetoond dat hiermee de OS wordt verlengd (level of evidence I). De richtlijn doet geen aanbeveling ten aanzien van de chemotherapie en geeft aan dat deze effecten zijn aangetoond voor docetaxel, topotecan, pemetrexed en erlotinib. De meest gebruikte tweedelijns behandeling was tot op heden docetaxel, waarbij het in Nederland gebruikelijk is om 4 kuren te geven. De commissie BOM heeft recentelijk de PD-1-remmers nivolumab en pembrolizumab als tweedelijns behandeling voor NSCLC beoordeeld met een positief advies.²⁻⁴

3. Methoden en kwaliteit van de studie

OAK is een internationale, gerandomiseerde fase III-multicenterstudie (open label). Patiënten (leeftijd \geq 18 jaar, ECOG-performancestatus 0-1) met stadium IIIb/IV NSCLC en progressie na eerstelijns of tweedelijns chemotherapie kwamen in aanmerking voor de studie. Patiënten met een longcarcinoom met EGFR-mutaties of aanwezigheid van een ALK-fusieproteïne dienden eerdere behandeling met een tyrosinekinaseremmer te hebben gehad. Patiënten met behandelde, asymptomatische hersenmetastasen konden deelnemen aan de studie. De belangrijkste exclusiecriteria waren een voorgeschiedenis van auto-immuunziekte(n), eerdere behandeling met PD-1- of PD-L1-remmers en eerdere behandeling met docetaxel, CD137-agonisten of anti-CTLA-4-antilichamen.

De randomisatie was gestratificeerd voor PD-L1-expressie (IC0 versus IC1 versus IC2 versus IC3 en TC0 versus TC1 versus TC2 versus TC3) gescoord via de immunohistochemie-assay *VENTANA SP142*, aantal eerdere cytotoxische behandelingen (1 versus 2) en tumorhistologie (plaveiselcelcarcinoom versus niet-plaveiselcelcarcinoom). Hierbij was TC0/1/2/3 gedefinieerd als PD-L1-expressie

op respectievelijk minder dan 1 procent, 1 procent of meer, 5 procent en 50 procent of meer tumorcellen en IC0/1/2/3 als PD-L1-expressie op respectievelijk minder dan 1 procent, 1 procent of meer, 5 procent en 10 procent of meer tumorinfiltrerende immuuncellen. De behandeling werd gecontinueerd tot ziekteprogressie of onacceptabele toxiciteit. Cross-over naar atezolizumab was niet toegestaan. Voor patiënten die werden behandeld met atezolizumab was het toegestaan om in geval van aangetoonde ziekteprogressie door te gaan met de behandeling indien de behandelend specialist inschatte dat er sprake was van klinisch voordeel.

Het primaire eindpunt van de studie was OS voor de totale behandelde groep (ITT) en voor de TC1/2/3- of IC1/2/3-populaties. Secundaire eindpunten waren progressievrije overleving (PFS), aantal patiënten met een respons, responsduur en veiligheid. Tumorrespons werd gedurende de eerste 36 weken elke 6 weken bepaald volgens *RECIST 1.1* en daarna elke 9 weken. Bij patiënten waarbij atezolizumab werd gecontinueerd na ziekteprogressie werd responsevaluatie gecontinueerd tot het moment dat de behandeling werd gestopt. Bijwerkingen werden gecodeerd volgens *CTCAE 4.0*.

De studie was aanvankelijk opgezet om 850 patiënten te includeren. Later werd dit aantal echter uitgebreid naar 1.300 patiënten om voldoende power te hebben om een OS-voordeel in de groep patiënten met hoge PD-L1-expressie (TC3 en IC3) aan te kunnen tonen, uitgaande van een prevalentie van deze groep van 20 procent in de totale studiepopulatie. Uiteindelijk werden 1.225 patiënten gerandomiseerd. In januari 2016 werd het statistische ontwerp van de studie geamendeerd, om het effect op OS als coprimair eindpunt te kunnen bepalen in de totale studiepopulatie en in de IC1/2/3-populatie of TC1/2/3-populatie. Hiervoor bleek de initiële groep van 850 patiënten voldoende power te hebben: respectievelijk 95,3 procent in de totale groep (alfa = 3 procent) en 98,6 procent in de IC1/2/3- of TC1/2/3-populatie (alfa = 2 procent). De primaire analyse betreft de beoordeling op OS van de eerste 850 gerandomiseerde patiënten nadat 70 procent van de patiënten is overleden.

4. Effectiviteit van de behandeling afgezet tegen de bijwerkingen en impact van behandeling

Tussen maart 2014 en april 2015 werden 2.050 patiënten gescreeend op geschiktheid voor studieparticipatie. Hiervan werden 1.225 patiënten geschikt bevonden; deze werden 1:1 gerandomiseerd tussen atezolizumab 1.200 mg (n = 613) en docetaxel (n = 612) 75 mg/m² elke 3 weken. De redenen voor uitval waren divers, waarbij het niet voldoen

aan de inclusiecriteria van de studie de belangrijkste oorzaak was. De OS-analyse gaat over de eerste 850 patiënten en de veiligheidsanalyse over alle patiënten. De klinische patiëntkarakteristieken waren vergelijkbaar tussen de studiegroepen. In beide groepen had 10 procent van de patiënten een EGFR-mutatie. Van patiënten in de atezolizumab-arm was 57 procent TC1/2/3 of IC1/2/3 en van de patiënten in de docetaxel-arm 52 procent. De mediane behandelduur bedroeg 2,1 maanden (0-23) in de docetaxel-arm en 3,4 maanden (0-26) in de atezolizumab-arm. In de atezolizumab-arm werd 40 procent van de patiënten na aangetoonde progressie doorbehandeld met atezolizumab, met een mediaan aantal cycli van 3 (1-34). Na het stoppen van de studiebehandeling kreeg 17 procent van de patiënten in de docetaxel-arm en 4 procent van de patiënten in de atezolizumab-arm vervolgbehandeling middels immunotherapie (in de meeste gevallen nivolumab). In de docetaxel-arm ontving 31 procent van de patiënten na het stoppen van de studiebehandeling vervolgbehandeling middels chemotherapie en in de atezolizumab-arm 41 procent van de patiënten.

De mediane follow-up bij deze primaire analyse van 850 patiënten bedroeg 21 maanden, waarbij 569 patiënten waren overleden: 298 in de docetaxel-arm en 271 in de atezolizumab-arm.

De mediane OS in de totale studiepopulatie bedroeg 13,8 maanden (95%-BI: 11,8-15,7) in de atezolizumab-arm en 9,6 maanden (95%-BI: 8,6-11,2) in de docetaxel-arm (HR: 0,73; 95%-BI: 0,62-0,87, P = 0,0003).

De mediane OS in de IC1/2/3- of TC1/2/3-populatie (463 patiënten) bedroeg 15,7 maanden in de atezolizumab-arm (95%-BI: 12,6-18,0) en 10,3 maanden (95%-BI: 8,8-12,0) in de docetaxel-arm (HR: 0,74; 95%-BI: 0,58-0,93; P = 0,0102).

De mediane OS in de IC0- en TC0-populatie (379 patiënten) bedroeg 12,6 maanden in de atezolizumab-arm (95%-BI: 9,6-15,2) en 8,9 maanden (95%-BI: 7,7-11,5) in de docetaxel-arm (HR: 0,75; 95%-BI: 0,59-0,96).

De mediane OS in de IC3- of TC3-populatie (137 patiënten) bedroeg 20,5 maanden in de atezolizumab-arm (95%-BI: 17,5-niet behaald) en 8,9 maanden (95%-BI: 5,6-11,6) in de docetaxel-arm (HR: 0,41; 95%-BI: 0,27-0,64). Dit was ook de enige groep waarin PFS in de atezolizumab-arm langer was dan in de docetaxel-arm (HR: 0,63; 95%-BI: 0,43-0,91). Het OS-voordeel was dus consistent en onafhankelijk van PD-L1-expressie, maar PD-L1-expressie heeft – gezien de positieve interactietest – mogelijk wel predictieve waarde voor dit eindpunt. De mediane PFS in de totale studiepopulatie was

vergelijkbaar tussen de beide studie-armen en bedroeg 2,8 maanden in de atezolizumab-arm (95%-BI: 2,6-3,0) en 4,0 maanden (95%-BI: 3,3-4,2) in de docetaxel-arm.

Het gunstige effect van atezolizumab op OS was onafhankelijk van de histologie van de longtumor, plaveiselcelcarcinoom HR 0,73 (95%-BI: 0,54-0,98) en niet-plaveiselcelcarcinoom HR 0,73 (95%-BI: 0,60-0,89), of aanwezigheid van eerder behandelde hersenmetastasen HR 0,54 (95%-BI: 0,31-0,94). Bij patiënten met een tumor met EGFR-mutaties was er echter een ongunstig effect van de behandeling met atezolizumab in vergelijking met docetaxel: HR 1,24 (95%-BI: 0,71-2,18).

Het aantal patiënten met een respons was vergelijkbaar tussen de studie-armen, maar de responsduur in de atezolizumab-arm was met mediaan 16,3 maanden (95%-BI: 10,0-niet behaald) aanzienlijk langer dan de responsduur in de docetaxel-arm met 6,2 maanden (95%-BI: 4,9-7,6).

Graad 3-4 behandelgerelateerde bijwerkingen kwamen voor bij 15 procent van 609 patiënten in de atezolizumab-arm en bij 43 procent van 578 patiënten in de docetaxel-arm. De meest frequent voorkomende behandelgerelateerde bijwerkingen in de atezolizumab-arm, onafhankelijk van graad, waren moeheid en/of asthenie (22 procent), misselijkheid (9 procent) en verminderde eetlust (9 procent). Respectievelijk 8 en 19 procent van de patiënten in de atezolizumab-arm en docetaxel-arm stopte de behandeling vanwege een bijwerking. Er overleed 1 patiënt (in de docetaxel-arm) ten gevolge van de behandeling (luchtweginfectie). Immungerelateerde bijwerkingen waren weinig frequent: pneumonitis onafhankelijk van graad bij 6 patiënten (4 patiënten graad 3), hepatitis graad 4 bij 2 patiënten, en colitis graad 2 bij 2 patiënten. Data over kwaliteit van leven zijn niet beschikbaar.

Discussie

OAK is de eerste gerandomiseerde fase III-studie bij patiënten met gevorderd NSCLC met progressie na 1 of 2 lijnen chemotherapie (en een tyrosinekinaseremmer in geval van EGFR-mutaties of aanwezigheid van ALK-fusieproteïne), die een significant voordeel van het primaire eindpunt OS laat zien van atezolizumab ten opzichte van docetaxel in een populatie patiënten met zowel plaveiselcel- als niet-plaveiselcelcarcinoom. Deze studie toont aan dat deze winst wordt behaald bij patiënten met PD-L1-expressie van zowel tumorcellen als tumorinfiltrerende immuuncellen en bij patiënten bij wie er geen sprake is van PD-L1-expressie (gescoord via de immuunhistochemie-assay *VENTANA SP142*, waarbij TC0/1/2/3 was gedefinieerd als PD-L1-expressie op respectievelijk minder dan 1 procent, 1 procent of meer,

5 en 50 procent of meer tumorcellen en IC0/1/2/3 was gedefinieerd als PD-L1-expressie op respectievelijk minder dan 1 procent, 1 procent of meer, 5 procent en 10 procent of meer tumorinfiltrerende immuuncellen). Het primaire eindpunt OS in de totale studiepopulatie – 13,8 maanden (95%-BI: 11,8-15,7) in de atezolizumab-arm en 9,6 maanden (95%-BI: 8,6-11,2) in de docetaxel-arm (HR: 0,73; 95%-BI: 0,62-0,87; P = 0,0003) alsook in de IC1/2/3-populatie of TC1/2/3-populatie 15,7 maanden (95%-BI: 12,6-18,0) in de atezolizumab-arm en 10,3 maanden (95%-BI: 8,8-12,0) in de docetaxel-arm (HR: 0,74; 95%-BI: 0,58-0,93; P = 0,0102) – voldoet aan de PASKWIL-criteria voor een positief advies.

Atezolizumab geeft minder graad 3-4 toxiciteit dan docetaxel. Opmerkelijk is dat in deze studie 825 van de 2.050 patiënten niet konden worden gerandomiseerd, merendeels omdat deze patiënten niet voldeden aan de inclusiecriteria. Dit geeft aan dat er mogelijk selectie is geweest van patiënten met prognostisch gunstige kenmerken en dat de resultaten van deze studie niet toepasbaar zijn op alle NSCLC-patiënten.

Op basis van deze studie is atezolizumab door de EMA toegelaten voor patiënten met gemetastaseerd NSCLC die progressief zijn na minimaal 1 lijn behandeling. Er zijn geen voorwaarden gesteld aan de aan- of afwezigheid van PD-L1-expressie in de tumor. De PD-1-remmer nivolumab voldoet eveneens aan de PASKWIL-criteria van de commissie BOM voor een positief advies, eveneens zonder selectie op basis van PD-L1-expressie. De PD-1-remmer pembrolizumab daarentegen is voor de indicatie tweedelijns behandeling bij NSCLC door de commissie BOM alleen goedgekeurd indien er sprake is van hoge PD-L1-expressie (TPS \geq 50 procent). De predictieve waarde van de PD-L1-expressie blijft derhalve onderwerp van discussie.

5. Kosten

Atezolizumab wordt elke 3 weken intraveneus gegeven in de dosering 1.200 mg tot progressie. De medicijnkosten zijn op dit moment niet bekend (bron: www.medicijnkosten.nl d.d. 7 november 2017). De mediane behandelduur in deze studie was 3,4 maanden, ofwel (ruim) 5 toedieningen. De feitelijke medicijnkosten kunnen momenteel niet worden vastgesteld aangezien atezolizumab in de sluis is geplaatst door het ministerie van VWS.

Conclusie

Bij patiënten met een gemetastaseerd NSCLC en WHO-PS 0-1 geeft tweedelijns of derdelijns behandeling met atezolizumab ten opzichte van docetaxel in de totale behandelpopulatie een significante verlenging van mediane OS met 4,2 maanden (HR: 0,73; 95%-BI: 0,62-0,87; P = 0,0003). De winst in mediane OS in de IC1/2/3- of TC1/2/3-

populatie bedraagt 5,4 maanden (HR: 0,74; 95%-BI: 0,58-0,93, P = 0,0102). Deze resultaten voldoen aan de PASKWIL-criteria voor een positief advies. Atezolizumab geeft minder bijwerkingen en met name minder graad 3-4 bijwerkingen dan docetaxel. Ernstige immuungerelateerde bijwerkingen komen weinig voor.

Atezolizumab bij NSCLC

Zorginstituut Nederland positief
add-on nog niet beschikbaar
totale behandelkosten sluismedicament; formeel niet beschikbaar

Tabel 1. Resultaten OAK-studie afgezet tegen de PASKWIL-criteria.

Palliatief, effectiviteit		
Totale studiepopulatie		
• winst totale overleving	13,8 versus 9,6 maanden HR: 0,73; 95%-BI: 0,62-0,87; P = 0,0003	+ -
IC1/2/3- of TC1/2/3-populatie		
• winst totale overleving	15,7 versus 10,3 maanden HR: 0,74; 95%-BI: 0,58-0,93; P = 0,0102	+ -
ESMO-MCBS-gradering	onbekend	?
Bijwerkingen		
• lethaal < 5%		+
• acuut, ernstig < 25%		+
• chronisch beperkend		+
Kwaliteit van leven		
• QoL-analyse	geen analyse verricht	?
Impact van behandeling		
• acceptabele behandellast		+
Level of evidence	1 fase III-studie	+
Medicijnkosten	kosten: onbekend totale behandelkosten: onbekend	

Referenties

1. Rittmeyer A, Barlesi F, Waterkamp D, et al; OAK Study Group. Atezolizumab versus docetaxel in patients with previously treated non-small-cell lung cancer (OAK): a phase 3, open-label, multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2017;389(10066):255-65.
2. Kerst JM, Eskens FALM, Beerepoot LV, et al; NVMO-commissie BOM. Nivolumab bij gevorderd plaveiselcarcinoom van de long. *Med Oncol* 2015;18(6):37-40.
3. Eskens FALM, Wymenga, ANM, Beerepoot LV, et al; NVMO-commissie BOM. Nivolumab bij gevorderd niet-plaveiselcarcinoom van de long. *Med Oncol* 2016;19(6):35-8.
4. Eskens FALM, Wymenga, ANM, Beerepoot LV, et al; NVMO-commissie BOM. Pembrolizumab bij eerder behandeld, gevorderd PD-L1-positief niet-kleincellig longcarcinoom. *Med Oncol* 2017;20(3):57-60.

Nascholingsdagen VvAwT

11 en 12 januari 2018

Op 11 en 12 januari 2018 vonden de jaarlijkse nascholingsdagen van de VvAwT (Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding) plaats in het Fletcherhotel te Soest.

De doelstelling was het up-to-date brengen van de kennis en vaardigheden van artsen ten aanzien van nieuwe ontwikkelingen in de tuberculosebestrijding. Thema's waren MDR-tuberculose, management van TB-HIV co-infectie, röntgendiagnostiek en consequenties van de nieuwe EU-privacy regelgeving voor de praktijk van de tbc-bestrijding.

Donderdag 11 januari

Gerard de Vries (arts consulent KNCV Tuberculosefonds) gaf een presentatie over de tuberculose literatuurupdate 2018. Een interessante studie liet zien dat er diagnostische superioriteit in tuberculeuze meningitis is door de GeneXpert Ultra vergeleken met 'gewone' GeneXpert en kweek. Een andere studie vergeleek genotypische (Whole Genome Sequencing, WGS) met fenotypische bepaling van rifampicineresistentie. WGS lijkt in de toekomst snelle bepaling van rifampicineresistentie te bieden. Andere belangwekkende publicaties betroffen de infectiegevoeligheid van HIV-negatieve patiënten met tuberculose versus de HIV-patiënten met tuberculose en meer of minder dan 1 jaar ART, en een studie waarin de factoren die onderrapportage van de HIV-status van tuberculosepatiënten in Nederland onderzocht zijn.

Casuïstiek en verdieping

Eén casus betrof een 3-jarig kind met tuberculeuze meningitis. De diagnostiek en het klinisch beloop werd gepresenteerd. Het kind bleek, de tegen tuberculeuze meningitis zo efficiënt bescherming biedende BCG-vaccinatie niet te hebben gehad.

De reden dat de BCG-vaccinatie niet gegeven was, lag aan het in gebreke blijven van het oproepsysteem voor BCG-vaccinatie van de GGD. Het traject van melding bij de Inspectie, analyse van fouten in het oproepsysteem en vervolgstappen ter verbetering werden gepresenteerd. De verdieping werd geboden in vorm van kennisoverdracht over beschermingseffectiviteit van BCG tegen de diverse vormen van tuberculose, de historie en ontwikkeling van de BCG-vaccinatie.

Reinout van Crevel (internist infectioloog, hoogleraar Global Health and Infectious Diseases, Radboud Universiteit) besprak klinische vraagstukken en dilemma's bij de behandeling van TB-HIV patiënten. Belangrijk dilemma is het tijdstip waarop tb behandeling en/of HIV-behandeling gestart wordt.

Vrijdag 12 januari

Deze dag stond in het kader van beeldvorming, beeldverwerking en stralingshygiëne. Jitka van Immerseel, (Medical Physics Engineer, LRCB) liet in haar presentatie aspecten zien van beeldacquisitie, beeldbewerking en beeldweergave in de thoraxradiologie, in combinatie met stralingshygiëne en stralingsdosis.

Het opwekken van röntgenstraling, bundelgeometrie, de toepassing van het stroostralenrooster, de werking van de belichtingsautomaat, de beeldopnemer en de beeldkwaliteit zijn met name belicht.

Hans Lelivelt, (Medical Physics Engineer, LRCB) liet in zijn presentatie zien hoe na de röntgenopname een röntgenbeeld tot stand komt en hoe softwarematige bewerking van het beeld wordt toegepast. De invloeden van deze bewerking op resolutie en mogelijkheden om de resolutie te vergroten o.a. door optimalisatie van de kijkomstandigheden werden uitgelegd.

De basiskennis van stralingshygiëne kwam in de presentatie van Anne Bolderdijk (Medical Physics Engineer, LRCB) aan de orde. Wat is straling en welke soorten straling zijn er? De natuurlijke achtergrondstraling en de bijdrage van medisch-diagnostisch onderzoek aan de toegediende dosis werd uitgelegd. Het onderscheid tussen stochastische en deterministische schadelijke effecten en de gevoeligheid van organen voor schadelijke effecten van straling is behandeld. De betekenis van begrippen als Dosis Oppervlakte Product, Diagnostisch Referentie Niveau en ALARA voor toegediende stralingsdosis zijn belicht. Tevens kwam de Europese aangepaste wetgeving en de vastgestelde eisen die betrekking hebben op stralingsbescherming van medewerkers, de bevolking en het milieu aan bod. Belangrijk is dat indeling van risico's van medewerkers in niet-blootgestelde

en wel blootgestelde medewerkers gebeurt op basis van de risicoanalyse. Risicoanalyse behelst risico-identificatie, risicoberekening en risico-evaluatie. Aspecten van bescherming van medewerkers, eisen aan apparatuur en stralingsbeschermingsdeskundigen en opleiding zijn behandeld.

Vervolgens gaf Gerard de Vries een presentatie over de ervaringen met CAD4TB (Computer Aided diagnosis for TB). De computer 'leest' de digitale thoraxfoto. Er is inmiddels ervaring met deze techniek in Gambia en Roemenië. De conclusie van een meta-analyse is dat er nog onvoldoende validatie is en dat de waarde van CAD4 afhankelijk is van de epidemiologische situatie (hoog- of laagprevalent).

Nieuwe EU-wetgeving

Per 28 mei 2018 gaat de Europese Algemene verordening Gegevensbescherming (AVG) van kracht. In de presentatie van Marc van de Geer (functionaris gegevensbescherming GGD Flevoland) werd de snelle toename van digitale persoonsgegevensverwerking benoemd, die de Wet op de Persoonsbescherming (WBP) verouderd heeft gemaakt. De nieuwe wetgeving vervangt de WBP. Principes van AVG zijn verantwoordelijkheid, (een organisatie laat zien op welke manier persoonsgegevens verwerkt worden), transparantie naar de cliënt, meldplicht datalekkage en interne procedure hierbij en het aanstellen van een functionaris voor gegevensbescherming. Voor de cliënt zijn er belangrijke rechten, zoals het recht op inzage, het recht om vergeten te worden, en het recht op datatransportabiliteit. Andere vastgelegde rechten zijn het recht op informatie, rectificatie, bezwaar, stopzetten dataverwerking

en recht om niet geautomatiseerd geprofileerd te worden.

Fibrotische afwijkingen

Tot slot werden er een vijftal casus van asielzoekers gepresenteerd door Bert Wolters (arts tuberculosebestrijding GGD Groningen). Bij röntgenscreening hadden zij afwijkingen, die als inactieve restafwijkingen zijn geduid. In een later stadium trad re-activatie van tuberculose op. De conclusie is dat deze gevallen van tuberculose voorkomen hadden kunnen worden als in een eerder stadium preventief behandeld zou zijn. Aanbeveling is om de richtlijn ten aanzien van behandeling fibrotic laesion beter te volgen. Connie Erkens, (TB-consulent KNCV) vertelde dat fibrotische afwijkingen ten gevolge van tuberculose bij personen die nooit voor tuberculose behandeld zijn, in 2,5 % kan leiden tot re-activatie. Röntgenologische stigmata en work-up voor diagnostiek zijn besproken. Met name bij de screening van asielzoekers en immigranten worden fibrotische afwijkingen gediagnosticeerd. Sinds 2014 worden fibrotische afwijkingen in Nederland steeds frequenter preventief behandeld. Preventieve therapie wordt in 79% van de gevallen voltooid.

Isala ziekenhuis Zwolle

De Hanzestad Zwolle, in de Middeleeuwen ontstaan op een dekzandrug, destijds een 'suolle' genoemd, is een gezellige stad aan de IJssel (latijn: Isala) met vele cafés, grachten, maar liefst 8 marktplaatsen, de historische Sassenpoort en een 3-Michelin sterrenrestaurant genaamd 'de Librije', bezocht door menig maatschap uit de Isala. De vele sportevenementen, het Stadsfestival, Bevrijdingsfestival, Blauwvingerdagen en Foodtruck festivals maken deze landelijke stad die overigens volledig bereikbaar is op de fiets, een fijne plaats om te wonen en de opleiding tot longarts te volgen.



De Grote Markt



Zusters onder de bogen, 1994 Pépé Grégoire

Het eerste moderne ziekenhuis in Zwolle, het gemeentelijke Sophia Ziekenhuis, werd geopend in 1884 en in 1897 kwam daar een katholiek ziekenhuis bij, later ziekenhuis de Weezenlanden genoemd. Dit resulteerde na de fusie in 1998

uiteindelijk in een geslaagd huwelijk tussen het protestantse Sophia ziekenhuis en de katholieke Weezenlanden, waarna deze verder gingen als de Isala Klinieken. Een ziekenhuis op twee locaties betekende voor de arts-assistenten longziekten die in de Weezenlanden zaten, dat er regelmatig een thoraxdrain mee achterop de fiets ging voor consulten en de ambulance kon met enige regelmaat patiënten die voor de longarts waren ingestuurd naar de spoed, opnieuw vervoeren naar bijvoorbeeld de internist op locatie Sophia. In augustus 2013 zijn alle medewerkers en patiënten van de twee locaties overgegaan naar een nieuw, kleurrijk hoofdgebouw aan de dr. van Heesweg. In de voortuin van het ziekenhuis staat een aandenken van de stichters van het katholieke ziekenhuis de Weezenlanden, een beeld van twee druk converserende gekapte nonnen.

We zijn een topklinisch ziekenhuis met ruim 1100 bedden, het grootste niet-academische ziekenhuis van Nederland. De vakgroep bestaat uit 11 longartsen ondersteund door maar liefst 18 gespecialiseerde physician assistants en verpleegkundig specialisten. Zij werken op de locaties in Zwolle, Meppel, Kampen, Heerde, Steenwijk en Dwingeloo. De groep bestaat verder uit 9 AIOS, enkele ANIOS en er circuleren regelmatig stagisten van andere specialismen. We bieden (poli)klinische zorg voor patiënten met COPD inclusief revalidatie, twee keer per week een sneldiagnostiek poli voor patiënten met een verdenking op longkanker met als doel binnen een week het diagnostisch traject en behandelplan klaar te hebben. We zijn een van de centra die immunotherapie kunnen bieden bij longkanker en samenwerken met het Erasmus MC bij patiënten met longfibrose. Verder hebben we gespecialiseerde poli's op het gebied van chronische hoest, allergie en pulmonale hypertensie, waar we samenwerken met de afdeling cardiologie. Er is een speciaal spreekuur voor zwangere astmapatiënten en in het Slaapcentrum begeleiden wij patiënten met slaapproblemen in samenwerking met de KNO-artsen, neurologen en chirurgen. De postoperatieve zorg voor longchirurgie patiënten verzorgen we samen met de thoraxchirurgen op de longafdeling; sinds de minimaal invasieve robotchirurgie hebben patiënten minder pijn en is voor ons het meekijken met de operaties veel illustratiever!

Nog voor de invoering van het nieuwe opleidingsplan heeft onze opleider dr. Stigt in 2016 met veel elan een individueel coachingproject opgezet, voor het trainen van de niet-medische competenties zoals communiceren en samenwerken. Iedere assistent kreeg letterlijk coaching on the job van Janine Koele, van de organisatie Blink Uit. Een niet-medicus die meekijkt vanuit het perspectief



van de patiënt bij een eerste slechtnieuws gesprek tijdens de stage oncologie? Observatie van de samenwerking met verpleging tijdens lastige procedures op de behandelkamer? Tips voor laatstejaars voorafgaand aan hun sollicitatierondes? Het project was een overtuigend succes, het individuele opleidingsplan kreeg zo nog meer diepgang en de verfrissende blik van Janine op ons functioneren en samenwerking zorgde voor een verbetering van de sfeer in de groep. En een goede sfeer, die is er wel, want na jaren

inzet van onze opleiders hebben wij als AIOS in 2017 de nachtdiensten vaarwel gezegd waardoor we met een helder hoofd nu nog beter inzetbaar zijn voor opleidingsactiviteiten overdag. De refereeravonden houden we vaak in het leukste stadscafé van Zwolle, we hebben een jaarlijks kerstdiner mét dresscode (ingesteld door AIOS na een geitenwollentruien fiasco bij de bazen eind 2015) en het skiweekend in Oostenrijk dit jaar was een groot succes! Zo komen we de opleiding wel door samen!



De arts-assistenten van de Isala





Naam: Arenda Meedendorp
 Geboortedatum: 20 juni 1983
 Opleiding Geneeskunde: Rijksuniversiteit Groningen, 2008
 Opleidingskliniek: UMC Groningen
 Werkt nu in: Universitair Ziekenhuis Antwerpen als chef de clinique

Nu je opleiding klaar is, is er ook tijd om terug te kijken. Zijn al je verwachtingen uitgekomen?

Het longartsenvak is nog gevarieerder dan ik al dacht toen ik met de opleiding begon. Tijdens mijn opleiding is er veel veranderd in de stand van de wetenschap en de implementatie van die resultaten in de richtlijnen. Om wat voorbeelden te noemen: de ontwikkeling van targeted therapy, immuuntherapie en de work-up middels EBUS bij longkanker, de endoscopische longvolumereductie bij emfyseem en de ontwikkeling van de ex vivo long perfusor voor longtransplantaten.

Wat ik ook leuk vind, is dat je via cursussen en congressen veel collega-longartsen leert kennen en die vervolgens weer regelmatig tegenkomt. Het voelt goed dat ik als medisch specialist een zekere vrijheid heb en het werk kan doen wat ik het liefst doe. De enige teleurstellingen zijn de onzekerheid op de arbeidsmarkt en de hoeveelheid administratie. Ik heb er vertrouwen in dat dat in de toekomst gaat verbeteren.

Wat is je aandachtsgebied en hoe ben je daarachter gekomen?

Dit jaar doe ik een fellowship thoraxoncologie en dat is dan ook het onderdeel van de longziekten waarin ik me verder wil verdiepen. Tijdens mijn studie geneeskunde heb ik 6 maanden wetenschappelijke stage gelopen in het Beatson Institute for Cancer Research in Glasgow, Schotland. Ik heb daar gekeken naar het effect van RNA-interferentie en chemotherapeutica op apoptose en het toen nog relatief onbekende fenomeen autofagie in kankercellijnen. De

pathogenese van kanker heeft me altijd geïnteresseerd. Later, toen ik als ANIOS werkte, haalde ik er veel voldoening uit om mensen met kanker, die vaak niet te genezen waren, een zo goed mogelijk traject te bieden en hen zo goed mogelijk te informeren. Ik vind het belangrijk dat patiënten zoveel mogelijk de regie over hun leven, dus ook hun ziekte en behandeling, in eigen hand kunnen houden. Tijdens mijn specialisatie tot longarts heeft dat zich verder uitgekristalliseerd.

Wat zijn de afgelopen jaren belangrijke momenten (of mensen geweest) die richting hebben gegeven aan jouw carrière?

Tijdens mijn periode als ANIOS in Emmen werkte ik afwisselend op de afdelingen interne geneeskunde, longziekten en cardiologie. Toen ik per toeval eens een wat langere periode achtereenvolgend op de longafdeling werd ingeroosterd, ontdekte ik hoe interessant de ziektebeelden waren en hoe boeiend de patiëntenpopulatie was. Ook de goede sfeer onder de longartsen daar heeft bijgedragen aan mijn keuze om longarts te worden.

Tijdens de opleiding hebben alle longartsen op verschillende manieren bijgedragen aan mijn vorming tot medisch specialist en ik ben blij dat ik met hen allemaal heb mogen samenwerken. Dirk-Jan Slebos, de opleider, heeft mij in het laatste deel van de opleiding het laatste zetje gegeven om vol vertrouwen als jonge klare mijn vleugels uit te slaan.

Hoe kijk je tegen de arbeidsmarkt voor Jonge Klaren aan en wat verwacht je van de toekomst?

Als ik om me heen kijk, heb ik de indruk dat de meeste jonge klaren wel een baan vinden waar ze snel na hun opleiding kunnen beginnen, maar het zijn veel tijdelijke functies en je moet half Nederland tot je zoekgebied rekenen.

Zelf had ik een denkbeeldige lijn getrokken tussen Leeuwarden en Nijmegen en het noordoosten daarvan bestempeld als gebied waar ik de rest van mijn leven zou willen werken en wonen. In de tussentijd kwam een ander avontuur op mijn pad. Jeroen Hiltermann attendeerde mij op de vacature in Antwerpen. Mijn eerste reactie was dat dat wel heel ver weg was van mijn familie en vrienden, maar hij zei dat deze baan echt iets voor mij was. Dus ik heb daar gevraagd of ik eens kon komen kijken en ben van Groningen naar Antwerpen afgereisd. De eerste indruk van het ziekenhuis en de sfeer onder de collega's was meteen goed en inhoudelijk is het inderdaad precies mijn interessegebied. Ik heb het er erg naar mijn zin. Mijn contract als fellow thoraxoncologie eindigt op 1 november dit jaar en ik hoop dat ik tegen die tijd ergens in Nederland een mooie plek heb gevonden om me te settelen.

Hoe ervaar je de overgang van assistent naar longarts, met name qua verantwoordelijkheid?

Ik vond de overgang van assistent naar longarts tamelijk soepel. Gedurende de laatste maanden van mijn opleiding deed ik mijn poli's, zaal en spoedpatiënten vrijwel zelfstandig. Dat is tijdens mijn opleiding geleidelijk zo gegroeid en zo moet het ook volgens mij. Het meest moet ik nu wennen aan de nuances en de lokale gebruiken en protocollen. Omdat ik nu in België werk, zijn die verschillen natuurlijk nog iets groter dan tussen de ziekenhuizen in Nederland. Gelukkig kan ik bij twijfel altijd navraag doen bij een collega. Het is wel wennen dat ik tijdens achterwachtendiensten beslissingen moet nemen over patiënten op de spoed die ik zelf niet gezien heb en, net wakker gebeld, ook niet alle gegevens op de computer bij de hand heb. Ik probeer aan de telefoon heel alert te zijn op eventueel missende informatie. Ik denk dat dat met de ervaring die ik opdoe steeds gemakkelijker wordt. De poli's van de thoraxoncologie bespreken we gezamenlijk voor. Zo kennen we elkaars patiënten en houden we elkaar scherp. Mijn werkzaamheden bij de algemene longziekten zijn meer individueel georganiseerd.

Wat zijn de komende jaren jouw doelen en wat wil je bereiken?

Het lijkt me heerlijk om niet meer elke paar jaar te hoeven verhuizen, dus ik hoop dat ik binnenkort een vaste plek vind. Het liefst zou ik in Noordoost-Nederland werken, maar zoals nu is gebleken; helemaal aan de andere kant van het land ben ik ook gelukkig, dus ik heb er vertrouwen in dat er iets moois op mijn pad komt. De longoncologie heeft het meest mijn interesse, maar de andere aandachtsgebieden binnen de longziekten doe ik ook graag. Een gebruikelijke vraag is of je perifeer of academisch wilt werken. Dat vind ik een moeilijke vraag. Wetenschappelijk onderzoek en 'werken aan de grenzen van het weten' kriebelt altijd wel een beetje. Aan de andere kant zie ik mezelf ook wel lekker in een klein ziekenhuis werken, waar de lijnen kort zijn. Het allerbelangrijkst vind ik dat de sfeer onder de collega's goed is en dat we elkaar qua karakter en kennis aanvullen. Ik wil een longarts zijn die haar diagnose en beleidsplan goed onderbouwt, deze kennis op een begrijpelijke manier overbrengt aan de patiënt en met die kennis samen met de patiënt beslissingen neemt.

Hoe combineer je je werk met je privéleven?

Ik probeer mijn werk niet mee naar huis te nemen en mijn vrije tijd niet te vol te plannen met verplichtingen. In de laatste jaren van mijn opleiding heb ik parttime gewerkt, waarbij ik 1 dag per week vrij was en dat beviel me prima. Dit fellowship betreft een fulltime aanstelling en ik ben door

het forensen van Bergen op Zoom naar Zuid-Antwerpen 's avonds pas laat thuis. Ik heb de afweging gemaakt om het stijdansen, mijn grote hobby/sport, dit jaar op een laag pitje te zetten, juist om in de weekenden mijn vrije tijd flexibel te kunnen indelen. Voor nu is dat prima en ik wil het in de toekomst weer oppakken.

Heb je adviezen voor beginnende assistenten?

Bepaal per stage welke CanMeds en specifieke leerdoelen daarin passen en bepaal welke op dat moment het belangrijkste zijn. Als je merkt dat je voor bepaalde competenties te weinig tijd of gelegenheid krijgt, maak dit dan bespreekbaar met je supervisor en/of in de opleidingsvergadering en bedenk samen hoe je dit toch kunt inpassen in je programma. Dat scheelt je verderop in je opleiding onnodige stress.

Zijn er zaken die je aan de opleiding zou willen veranderen?

De balans tussen bedrijfsvoering en opleiding blijft moeilijk. Het is goed dat daar aandacht voor blijft, zeker nu het aantal opleidingsplekken is verlaagd en de administratiedruk over de gehele linie is toegenomen. Het verschilt erg per ziekenhuis hoe daarmee omgegaan wordt. Het nieuwe opleidingsplan biedt volgens mij wel handvatten, maar dit vereist een behoorlijke dosis creativiteit van de opleiders en de AIOS.



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

Harry van Looij

Geboren: Leiden, 26-10-1968

Opleidingskliniek: Heerlen

Huidige kliniek: Bravis Ziekenhuis, Bergen op Zoom/Roosendaal

Waarom koos je destijds voor de studie geneeskunde?

Toen ik in 1987 mijn vwo-diploma behaalde had ik geen idee wat ik wilde. Na omzwingingen via de laboratoriumschool en gezondheidswetenschappen, belandde ik in Maastricht en kwam in contact met geneeskunde studenten. Toen werd mijn interesse voor het vak opgewekt. Ik lootte mee. Ik had nog geen telefoon. In het postkantoor gooide ik het kwartje in de telefoon en de stem uit Groningen zei: "U heeft lotnummer 143", ik was blij dat ik erbij was. Mijn vader die bijna 90 is zegt: "Toeval bestaat niet".

Waarom koos je uiteindelijk specifiek voor de specialisatie longziekten?

Ik studeerde af in 1996 en de spoeling was dun. Een promotietraject zag ik niet zitten voor een opleidingsplaats. Ik startte als agnio in Hengelo. De longafdeling was fantastisch met inspirerende artsen. De combinatie van dingen doen, zoals drains plaatsen en scopiëren, en het chronische

karakter waarbij je een band kunt opbouwen met de patiënten, spraken mij aan. Na bijna twee jaar Hengelo, kon ik starten in Heerlen.

Wat is je aandachtsgebied en waarom?

Mijn aandachtsgebieden zijn oncologie en COPD. Ook al zijn de resultaten van de oncologie op de keper beschouwd nog steeds mager, je kunt veel doen voor mensen door kwaliteit te stoppen in de tijd die hen nog rest; dat is vaak zeer intens. Bij COPD trekt het chronische karakter van de ziekte mij aan: je kunt een band opbouwen met de mensen. Ik leef met ze mee en ben oprecht blij als ze vol trots zeggen niet meer te roken.

Tijden veranderen. Waar verlang je naar terug?

Ik verlang terug naar mijn begintijd in Heerlen; hard werken, veel lachen, veel leren en de gangen werden nog niet bevolkt door driedelige maatpakken en mantelpakjes die met transparantierapporten en kwaliteitsindicatoren lopen te zwaaien.

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

Ik denk dat de grootste verbetering in de diagnostiek zit: Beeldvormende technieken zijn veel beter, CT voor longembolie, PET-CT voor adequate stadiering, EBUS/EUS, zodat vaak een mediastinoscopie overbodig is. PA diagnostiek met mutatieanalyse en wellicht is over enkele jaren liquid biopsie gemeengoed: buisje afnemen en weten wat er speelt.

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

Ik zou al mijn geld zetten op onderzoek naar rookverslaving en hoe die te beëindigen.

Neem je het werk mee naar huis?

Het lukt mij aardig afstand te nemen, maar soms wordt het wat veel. Ik ben inmiddels op een leeftijd dat sommige onco-patiënten jonger zijn dan ik, en soms kleine kinderen hebben. Enkele jaren geleden vertelde een mevrouw van

43 jaar hoe zij aan haar 7-jarige dochter had verteld dat mama dood zou gaan, hartverscheurend, daar ben ik enkele dagen van slag van geweest.

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

Het meest trots ben ik op de introductie van EBUS in ons ziekenhuis en het uitbouwen van de longchirurgie, inmiddels staat Bravis met gemak in de top 5 van longoncologische chirurgie met afgelopen jaar bijna 100 ingrepen. Mijn dank aan de vakgroep chirurgie is enorm.

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

Ik wilde als kind altijd binnenschipper worden. Touringcarchauffeur lijkt mij ook nog steeds heel leuk.

Wat was de belangrijkste verandering gedurende je loopbaan?

De transitie van arts-assistent naar specialist. Ineens zat er geen instructeur meer naast me. Maar ik weet zeker dat ik 'combatproof' was afgeleverd.

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

Mijn advies is: volg je hart en ga voor je patiënt. Wees niet bang om iemand te vertellen dat hij of zij ziek is of dood gaat, jij hebt de ziekte niet veroorzaakt.

Hoe zie je de toekomst van het Nederlandse zorgstelsel?

Laat ik eerst met een compliment beginnen, wij hebben een van de beste zorgstelsels ter wereld waarbij de zorg voor iedereen toegankelijk is. Ik hoop dat we dat vol kunnen houden. Mijn angst is in een keiharde neoliberale wereld terecht te komen. Van de andere kant zijn er te weinig prikkels om mensen op hun gedrag af te rekenen. De waarheid zal wel in het midden liggen.

Wat betekent patiëntenzorg voor jou persoonlijk?

Dat is de kern van mijn vak.

Ik geef de vragenlijst graag door aan mijn zeer aimabele collega en oncologische rots in de branding Sjaak Burgers.

Koninklijke onderscheiding voor Paul Baas en Sjaak Burgers

Het krijgen van een Koninklijke onderscheiding; daar moet je wat bijzonders voor doen! Paul Baas en Sjaak Burgers, longartsen uit het Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, werden voor hun jarenlange inzet voor asbestslachtoffers beide benoemd tot Ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw.

Op 16 september 2017 vierde de Asbestslachtoffers Vereniging Nederland (AVN) zijn 20-jarig jubileum. Sjaak Burgers was er al een jaar voor uitgenodigd. "Ik hield voor de pauze een niet zo'n optimistisch verhaal over de behandeling van mesotheliomen met immunotherapie, het was een verhaal in mineurstemming." Vlak erna veranderde de stemming totaal: burgemeester Jeroen Nobel uit Aalsmeer reikte hem een Koninklijke onderscheiding uit. "Ik had het niet zien aankomen, want 2 jaar geleden had ik al op hetzelfde podium de Job de Ruiter-prijs ontvangen. Toen ik dacht iedereen bedankt te hebben, was ik mijn familie vergeten te bedanken. Dus dat heb ik nu als eerste gedaan. Want de tijd die ik voor de vereniging inzet, gaat ten koste van mijn familie", aldus Sjaak.

Aparte uitreiking

Paul was blij voor Sjaak: "Hij heeft het verdiend. We hebben er leuke grapjes over gemaakt, maar het werk ging door. Ook zonder lintje ben ik gelukkig." Maar hij wist niet dat het plan was dat beide heren tegelijk hun lintje zouden krijgen. Paul: "Ik was tijdens de uitreiking op vakantie, er kon geen goede smoes verzonnen worden om mij hier te houden. Iedereen had zijn mond gehouden." Op 16 november jl.

was er een extra bijeenkomst van de patiëntenvereniging gepland, eigenlijk ter ere van de uitreiking van Paul. "Ik vond het raar dat ik als laatste een vrij algemeen praatje mocht houden over mesotheliomen. Tijdens de presentatie kwam ineens mijn familie binnenlopen. Toen kreeg ik wel een idee wat er aan de hand was." De locoburgemeester van Amsterdam, Arjan Vliegthart, had een aantal wapenfeiten verzameld voor zijn presentatie om Paul in het zonnetje te zetten. "Het was een leuke sessie. Ik had gehoopt dat ik een ridderorde misschien na mijn pensioen zou krijgen. Dat ik het heb mogen ontvangen tijdens mijn actieve werkperiode, geeft toch wat meer sjeu."

Trots

Hoe voelt dat nu, zo'n Koninklijke onderscheiding? Paul: "Toen mijn oom na 40 jaar werken een lintje kreeg vond ik dat destijds niet zo bijzonder. Het feit dat anderen dit voor mij hebben aangevraagd, maakt het apart. Trotsheid heeft zich stiekem ontwikkeld. Je moet je onbaatzuchtig inzetten voor anderen, maar niet iedereen krijgt een lintje. De patiëntenvereniging heeft dit geïnitieerd." Sjaak vult aan: "Het overkwam me die dag. Hoe meer mensen je feliciteren, hoe mooier het wordt, dat besef is pas later gekomen. Het is een hele eer dat je dit krijgt, zeker als het buiten de lintjesregen om is. De burgemeester geeft er toch zijn vrije zaterdagmiddag voor op." Helaas mag je een lintje bijna nooit dragen. Paul: "Alleen iemand met een ridderorde mag het dragen, dus alleen wanneer je in vol ornaat bent, bijvoorbeeld tijdens een promotie. Dat ga ik zeker doen, anders ligt hij alleen maar te verstoffen."



Sjaak Burgers



Reden voor onderscheiding

Dat beide heren zich afgelopen decennia uitgebreid hebben ingezet voor mesotheliompatiënten, behoeft weinig uitleg. Waarom hebben zij beiden deze onderscheiding ontvangen? Sjaak geeft aan dat hij zijn onderscheiding heeft gekregen voor zijn hele oeuvre: "Ik doe veel voor de asbestslachtoffers en ben voorzitter van de Sectie Mesotheliomen. Ik geef ondersteuning aan het Instituut Asbest Slachtoffers en heb de financiële vergoeding geregeld. De organisatie verloopt via mij, maar we doen het met zijn

allen. De onderscheiding is daarom voor ook een groot deel van hen. Mensen waarderen heel erg wat je doet en vertrouwen mij. Collega's geven mij ook de ruimte hierin. Voor mij klinkt het natuurlijk om te doen. Daarnaast leiden we AIOS op en doen we wetenschappelijk onderzoek." Paul geeft aan dat hij al vanaf zijn specialisatie op alle vlakken bezig is met asbest-gerelateerde ziekten. "Wat Sjaak nu doet op nationaal niveau, deed ik zo'n 10 jaar geleden. Inmiddels ben ik meer op internationaal niveau betrokken, onder andere als penningmeester bij de IMIG (International Mesothelioma Interest Group)." "De patiëntenvereniging heeft de aanvraag voor ons allebei geprobeerd en dat is gelukt. Er is ruim een jaar aan voorbereiding aan vooraf gegaan. De burgemeesters gaven ook in grote lijnen hetzelfde verhaal voor ons beide. Blijkbaar konden ze niet kiezen en waren onze credits goed genoeg voor een lintje," aldus Sjaak. Is er nog wat veranderd na de uitreiking? Sjaak: "Eigenlijk maakt het niet veel uit, maar het is heel mooi als iemand je op deze manier bedankt voor al je inspanningen. Er spreekt veel blij van waardering uit, het is een stimulans om door te gaan, maar er komt niet ineens meer financiële vergoeding of studiegelden binnen". Paul denkt dat het lintje wellicht in de toekomst nog extra deuren kan openen. "Ik kan me voorstellen dat

als ik ben gestopt met werken, men het maatschappelijk belang meer onderkent wanneer je je bijvoorbeeld voor algemene doelen wilt inzetten. Nu heeft het niet direct invloed."

Immunotherapie

Op de vraag wat beide heren het meest veelbelovende vinden op hun gebied, antwoorden ze direct: "Immunotherapie". Sjaak: "Er zit veel hoop in immuuntherapie, toch werkt het bij de meeste patiënten niet. Asbestkanker is en blijft vaak een moeilijk te behandelen ziekte. We kunnen de tumor steeds beter begrijpen en daar proberen we met de behandeling op in te springen." Paul schetst een positiever beeld: "Er zijn zo veel mensen die er baat bij hebben, zeker in vergelijking met chemotherapie. We hebben patiënten die met immunotherapie al bijna 2 jaar in complete remissie zijn. Toch blijven er veel open vragen, zoals: moeten we eerst een inductiebehandeling geven om antigenen beter te presenteren of werkt combinatietherapie beter? We werken samen met het Erasmus Medisch Centrum voor onder andere de DENIM studie (dendritische cel immunotherapie voor mesotheliomen). Er valt nog een hoop te doen."

Namens PulmoScript feliciteren wij Paul en Sjaak van harte met deze prachtige onderscheiding!



Paul Baas (Fotograaf A. Jagt)



Fotograaf A. Jagt

Prijs voor patiëntparticipatie: Sterk Participatie Prijs

Vanaf dit jaar kunnen onderzoekers die patiënten expliciet betrekken bij hun onderzoek, meedingen naar de Sterk Participatie Prijs. De prijs bedraagt € 15.000,- en wordt de komende 5 jaar jaarlijks in april uitgereikt tijdens de Longdagen. Uit onderzoek blijkt dat het betrekken van patiënten bij onderzoek veel voordelen heeft. Zo sluit het onderzoek beter aan op de behoeften en wensen van mensen met een longziekte. Daarnaast draagt het eraan bij om ook nieuwe, andere onderwerpen op de onderzoeksagenda te krijgen.

Longfonds

“Als het aan het Longfonds ligt, zijn mensen met een longziekte één van de belangrijkste gesprekspartners bij bijvoorbeeld onderzoek, nieuwe richtlijnen voor longzorg en verzekeringskwesaties. Iemand met een longziekte weet immers precies hoe het is om een longziekte te hebben en wat belangrijk is voor hem/haar in het dagelijks leven”, zo vertelt Hendrien Witte, directeur Patiënt, Zorg en Participatie bij het Longfonds. Ook het Longfonds zelf heeft patiëntparticipatie als vast onderdeel opgenomen in haar beleid. “We hebben een grote groep mensen met een longziekte in Nederland én het buitenland getraind om onderzoeksaanvragen te beoordelen of er feedback op te geven vanuit het patiëntenperspectief. Ook beslissen zij mee over hoe het onderzoek eruit moet gaan zien. Steeds vaker hebben patiënten ook een rol tijdens de looptijd van het onderzoek,

bijvoorbeeld als mede-interviewer of als lid van de projectgroep.”

Gelijkwaardige gesprekspartner

“Met de Sterk Participatie Prijs willen wij onderzoekers in het longveld stimuleren om patiëntparticipatie een wezenlijk onderdeel te laten zijn van hun onderzoek, waarbij patiënten in alle fasen van het onderzoek als gelijkwaardige gesprekspartner een rol spelen. De prijs gaat naar die onderzoeker die patiëntparticipatie expliciet heeft geborgd in zijn/haar onderzoeksproject. Hierbij wordt gedacht aan een actieve rol voor patiënten bij de opzet, begeleiding en rapportage van het onderzoek. Deze rol gaat verder dan alleen het informeren en raadplegen van patiënten, maar ligt dicht bij adviseren, meebeslissen en gedeelde regie in het betreffende onderzoek”, aldus Witte.

Prof. Dr. Peter Sterk



De prijs is opgedragen aan Prof. Dr. Peter Sterk voor zijn verdiensten in het longonderzoek en zijn inzet

voor patiëntparticipatie. Peter Sterk behoorde tot de wereldtop van longonderzoekers en geniet nog steeds een groot internationaal aanzien. Zijn focus lag op pathofysiologie en fenotypering van astma en COPD. Tijdens zijn voorzitterschap van de Wetenschappelijke Advies Commissie van het Longfonds heeft hij de eerste stappen gezet in patiëntparticipatie in onderzoek(sbeoordeling). Ook in zijn eigen onderzoekswerk was patiëntparticipatie een wezenlijk onderdeel. Een mooi voorbeeld hiervan is het EU-project U-BIOPRED, waarbij in alle geledingen van het project mensen met een longziekte zijn betrokken en hij de patiënt daarmee werkelijk tot onderzoekspartner heeft gemaakt. Ook bij het Nationaal Programma Longonderzoek en bij de opzet van de Longdagen zijn mede door zijn toedoen mensen met een longziekte nauw betrokken bij de samenstelling van het programma. Voor zijn inspanning op het gebied patiëntparticipatie heeft het Longfonds Peter Sterk officieel bedankt tijdens zijn afscheidsbijeenkomst in september 2106 door deze prijs te lanceren en naar hem te vernoemen.

Slotcouplet: Ervaringen van een longarts

Sander de Hosson is longarts in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen met als specialisaties longkanker en palliatieve zorg. In het Dagblad van het Noorden en op Agora.nl publiceert hij columns waar hij zijn ervaringen in persoonlijke verhalen met de lezer deelt. Zijn Ted talk die eindigde met een staande ovatie is ruim 120.000 bekeken en nu is hier dan een boek van deze oud-redacteur van PulmoScript.

'Geneeskunde, dat is soms genezen, vaak verlichten, altijd troosten.' Sander laat zien hoe deze eeuwenoude uitspraak nog altijd geldt.

In Slotcouplet vertelt Sander openhartig hoe hij denkt, voelt en handelt bij vaak ingewikkelde ziektegeschiedenissen en hoe hij worstelt met de vraag die veel dokters hebben: "Waar ligt de grens van geneeskunde? Moet wel alles wat kan?"



*Fragment uit de column 'Twee richtingen'
uit de bundel Slotcouplet*

*"Ergens tussen al dat medische geweld dat
men vooruitgang noemt, zwerft de mens op zoek naar
kwaliteit van leven."*

*(...) Twee jaar eerder had ik een totaal andere man getroffen.
Strijdvaardig. Toen ik hem vertelde dat hij longkanker had
met uitzaaiing in zijn buikvlies, had hij gezegd dat hij de ziekte 'aan alle kanten' zou verslaan. Mijn tegenwerping dat
genezing er niet meer in zou zitten, had hij in de wind geslagen. "Ze zijn tegenwoordig zo ver". Met frisse moed waren
we gestart. Chemotherapie. Nog een lijn. Bestraling hier, bestraling daar. Immunotherapie.
In de tien jaar dat ik longkanker behandel, ben ik nederig geworden. Het is een ziekte die zoveel mensen treft, en
uiteindelijk velen van hen zal doden. Ik ben nederig geworden van zijn onvoorspelbare karakter. De foto kan de ene
maand nog brandschoon zijn, maar een maand later totaal veranderd zijn. Ik ben nederig geworden van een ziekte die
zoveel pijn en benauwdheid kan veroorzaken. Het is een ijzersterke tegenstander die we ondanks al onze medische
inzichten slechts zelden kunnen genezen. En van alle behandelmogelijkheden, was er nog nooit een die niet gepaard
zou gaan met vaak milde, maar soms ernstige bijwerkingen. (...)*

Kandidaat-leden



Duco Deenstra
AIOS Longziekten
Catharina Ziekenhuis Eindhoven



Marloes Geers
AIOS Longziekten
Erasmus MC Rotterdam



Anna Hosman
AIOS Longziekten
St. Antonius Nieuwegein



Viresh Jagesar
AIOS Longziekten
OLVG Amsterdam



Sanne Luxemburg
Arts i.o. maatschappij en
gezondheid
GGD Haaglanden Den Haag



Ianthe Piscaer
AIOS Longziekten
MUMC Maastricht



Titia Schaepman-Ruys
AIOS Longziekten
Noordwestziekenhuisgroep
Alkmaar



Jermo van Toor
AIOS Longziekten
Erasmus MC Rotterdam



Ivo Wiertz
AIOS Longziekten
St. Antonius Nieuwegein
GGD Haaglanden Den Haag



Neeltje van Wijk
AIOS Longziekten
Isala Zwolle



Nanne Witkamp
AIOS Longziekten
UMCU Utrecht

Nieuw benoemde longartsen



Elize Berg
opgeleid in
St. Antonius Nieuwegein



Bram van den Borst
opgeleid in Maastricht
Universitair Medisch Centrum



Marlies van Dijk
opgeleid in
UMCG Groningen



Zabihullah Fanyar
opgeleid in
Amphia Ziekenhuis Breda



Jeroen Fiddelaers
opgeleid in Catharina
Ziekenhuis Eindhoven



Jon van Harten
opgeleid in
Erasmus MC Rotterdam



Sofie Jansen
opgeleid in
AMC Amsterdam



Helmi Kootstra
opgeleid in
Martini Ziekenhuis Groningen



Bas Mathot
opgeleid in
Erasmus MC Rotterdam



Suzan Nijman
opgeleid in
Noordwestziekenhuizengroep
Alkmaar



Esther Vis
opgeleid in
Medisch Centrum Leeuwarden



Marlise de Roos
opgeleid in
OLVG Amsterdam



Jincey Sriram
opgeleid in
Rijnstate Arnhem



Masha Zaikova
opgeleid in
AMC Amsterdam

Senior leden



Wiel Geraedts
Zuyderland Ziekenhuis
Sittard



Pim Dalinghaus
Meander Medisch Centrum
Amersfoort



Henk Otten
Schoondonk Centrum
voor Longrevalidatie Breda








Koos Prins
Groene Hart Ziekenhuis
Gouda

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

- | | |
|---|---------------------|
| • MRAmsterdam, 2e lustrum congres NVTS | 6 t/m 7 april |
| • FMS 'Zorg op de juiste plek' Nieuwegein | 10 april |
|  Week van de Longen (Longartsenweek + Longdagen), Ermelo | 9 t/m 12 april |
| • Liverpool goes Dutch, laatste inzichten van palliatieve zorg, Apeldoorn | 18 t/m 20 april |
| • Goed Gebruik Geneesmiddelen congress, Amsterdam | 19 april |
| • ATS, San Diego | 18 /m 23 mei |
| • ASCO, Chicago | 1 t/m 5 juni |
| • Masterclass Respiratory Infections, Barcelona | 7 t/m 8 juni |
| • WASOG, Heraklion, Griekenland | 7 t/m 9 juni |
|  Ergometrie cursus | 14 t/m 15 juni |
|  Najaarscongres | 6 t/m 7 september |
| • ESMO, Madrid | 8 t/m 12 september |
| • ERS, Parijs | 15 t/m 19 September |
|  Hermesexamen, Utrecht | 6 oktober |
| • Union Against Tuberculosis and Lung Disease, in Den Haag | 24 t/m 27 oktober |
| • Bomen over COPD, Wolfheze | 7 t/m 9 november |
|  Bronkhorst Colloquium, Veldhoven | 22 t/m 24 november |

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

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