

PulmoScript

Jaargang 33 ♦ maart 2022 ♦ 1



- ◆ KINK actie: Geef de zorg wat lucht in het nieuwe jaar
- ◆ Longarts in het buitenland
- ◆ Preventie tafel tabak



Inhoud

Voorwoord	5
Bestuur	
Van de voorzitter	6
Van de secretaris	7
Preventie tafel tabak	8
Commissies en secties	
Werkgroep Longarts van de toekomst	11
Commissie BOM, Selpercatinib	13
Studiedag VvAWT	15
Sectie Longfysiologie: tekort longfunctieanalisten	17
AIOS discussieavond	19
Rubrieken	
Opleiding in de kijker: Erasmus MC	20
Jonge klare in de kijker: Hanneke Kievit	22
Longarts in het buitenland: Margot de Koning Gans	25
Nascholing	
NVALT-studiedag	28
Proefschrift Sophia Moll	
<i>Inzichten in diagnostische en prognostische biomarkers in ILD</i>	30
En verder:	
Expertise Centrum ILD	31
KINK: Geef de zorg wat lucht in het nieuwe jaar	33
De vertwijfelde man	36
Juridisch advies FMS	38
Congresagenda	39
Personalía	40



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:

Peter Kunst
Lisette Kunz
Wilma Vlug

Coverfoto:
KINK actie

Uiterste datum voor insturen kopij

nr. 2, 10 mei 2022

PulmoScript verschijnt eenmaal per kwartaal in een oplage van 1400 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.

Concept en vormgeving

Stijl C, Lelystad
www.stijlc.nl

Drukwerk

Drukkerij Boonen, Hamont
www.drukkerijboonen.be

Verzending

Vogelaar, IJsselstein

ISSN 0925-4749



Voorwoord

Waarde collega's,

De overheid gooit op moment van schrijven (eindelijk) wat meer events/etablisementen open, de evenement industrie begint weer iets op gang te komen, maar ook de GGD is nog volop bezig. Lichttechnici (zoals mijn zoon) zijn in andere werkgebieden werkzaam dan waar ze in opgeleid zijn, maar hopen erop dat ook voor hen weer volop werk zal zijn. Personeel is schaars, zowel in de horeca, evenementen maar ook in de zorg. Misschien herinnert u zich nog dat eind 2021 stil werd gestaan bij de tekorten in de zorg. De komende twintig jaar zou er 700.000 extra zorgmedewerkers nodig zijn om in 2040 aan de zorgvraag te kunnen voldoen. In 2019 verliet 1 op de 10 medewerkers de zorgsector en dat was nog voor de coronacrisis. Overal hoor je ontevredenheid, werkdruk en verminderd werkplezier. Gebrek aan carrièreperspectief en een te laag salaris zijn redenen om de zorg te verlaten. Ook onder longfunctie-analisten ontstaan nu tekorten. Ik hoop niet dat dit doorzet en door spirometristen kwalitatief minder onderzoek gedaan moet worden.

De vraag is niet hoe we dit oplossen (aangezien hiervoor veel redenen ten grondslag liggen die wij als longartsen niet op kunnen lossen), maar wel hoe kunnen we werkplezier en carrièreperspectief bieden. Ik hoop dat de werkgroep toekomst voor de longarts dit ook meeneemt in hun uitwerking. Dus niet alleen "wat moeten we?", maar ook "hoe kunnen we met behoud van plezier ons vak kwalitatief goed uitvoeren?" In mijn perspectief is werkplezier en samenwerking het grootste goed. En aangezien ik meerdere werkgevers heb gehad ben ik toch een klein beetje ervaringsdeskundige....

Ik wens eenieder dan ook veel wijsheid toe met het maken van de keuzes bij alles wat op jullie pad komt.



"Ik heb geen geheim van succes. Gewoon je best doen, iets leuks vinden en goede mensen om je heen verzamelen. Want alleen kun je niks en met zijn allen kun je alles" Johan Cruijff

Veel leesplezier.

Peter Kunst

Van de voorzitter

Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst

Beste collega's,

Met de enigszins cryptische en taalkundig wat dubieuze titel "Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst" heeft het nieuwe kabinet in het coalitieakkoord gepoogd een omschrijving te geven van wat ons als Nederlandse bevolking de komende jaren te wachten staat. Naar goed gebruik willen we daar, mede in samenspraak met onze federatiepartners, graag bij stilstaan en de geuite ambities spiegelen aan de visie van de NVALT, die we spoedig terug gaan zien in het document 'de longarts van de toekomst'. Ik wil jullie daarom graag meenemen naar de paragraaf over de gezondheidszorg, waarbij het allereerst belangrijk lijkt om vast te stellen dat de medisch-specialistische zorg in Nederland aantoonbaar tot de top van de wereld behoort en de toenemende mogelijkheden van behandeling en innovatie, en de vergrijzing, nou eenmaal kosten met zich meebrengen. Desondanks blijft het kabinet inzetten op een 'nul balans'. De Corona-crisis heeft pijnlijk duidelijk gemaakt dat sturen op minimale reserves, daarmee bedoel ik bedden en personeel, bepaalde risico's met zich meebrengt. Als we toekomst- en pandemiebestendig willen zijn, zullen we moeten investeren in de opleiding van voldoende adequate en gemotiveerde zorgprofessionals, die ambities kunnen waarmaken en inspraak hebben in het beleid. Het 'slechts' verhogen van salarissen van verpleegkundigen, zoals benadrukt door het kabinet, leidt wellicht onvoldoende tot het aantrekkelijker maken van het zorgberoep. Een middellange- en lange termijnvisie, al meerdere malen aangekondigd door het kabinet maar nog weinig expliciet gemaakt, zal toch de basis moeten zijn. Waarbij het zou helpen als de zorg niet altijd als een grote kostenpost wordt gezien, maar als een uitstekende investering. Immers, bij het woord gezondheidszorg moeten we ons al lang niet meer beperken tot de gedachte aan 'cure', maar ons richten op gezondheid in het algemeen, waarbij het kabinet terecht benoemt dat onderwijs, sport, huisvesting, bestaanszekerheid en de leefomgeving hier allen een bijdrage aan leveren. Ook is het verheugend dat in het coalitieakkoord uitgebreid stil wordt gestaan bij preventie, hetgeen als doel ook al terug te vinden is in het visiedocument medisch specialist 2025 en natuurlijk het Preventieakkoord. Preventie moet immers leiden tot toegankelijke, innovatieve en betaalbare zorg. Als NVALT willen we in 2022, samen met onze partners de LAN, het Longfonds, de NRS en de CAHAG, stevig in gaan zetten op preventie en gezond gedrag, ook samen met andere wetenschappelijke verenigingen zoals de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Vereniging voor Sportgeneeskunde.

Passend en betaalbaar

Het kabinet wil voor iedereen passende en betaalbare zorg, waarbij het enigszins duister blijft wat er precies met passende zorg wordt bedoeld. Uiteraard willen we graag in de spreekkamer samen met de patiënt vaststellen wat



de meest passende zorg op dat moment is, gebruikmakend van de nieuwste inzichten en rekening houdend met de individuele context van de patiënt. Er is hierbij natuurlijk al vaak gesproken over de juiste zorg op de juiste plek (dichtbij als het kan, gecentraliseerd als het moet) en de kansen en uitdagingen van netwerkgeneeskunde. Helaas is de bekostiging van de netwerkgeneeskunde nog niet op orde, hoewel de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) hier een voorzichtige start mee heeft gemaakt. Daarnaast is ook optimale gegevensuitwisseling als voorwaarde nog altijd niet volledig gerealiseerd, hoewel dit gelukkig wel weer wordt benoemd in het coalitieakkoord. Het begrip passende zorg wordt helaas te vaak verward met de begrippen zinnige- en onzinnige zorg, waarbij eerdere uitlatingen vanuit het Zorginstituut en de NZa tot veel wroeging hebben geleid, alsof specialisten zich bewust zouden bezighouden met onzinnige zorg. De diverse zorgevaluatieprogramma's hebben laten zien dat ook specialisten zich graag beperken tot gezondheidszorg waarvan het nut is aangetoond. Echter, diverse behandelingen laten zich nou eenmaal slecht onderzoeken en zijn in het leven geroepen op basis van de mening van experts, een gegeven dat toch maar moeizaam voet aan de grond krijgt bij het Zorginstituut. Heeft ooit iemand dubbelblind, gerandomiseerd en placebo-gecontroleerd onderzocht of het loopvermogen toeneemt na het repareren van een gebroken been? Gelukkig is een FMS-werkgroep onder leiding van Federatie bestuurder Jelle Ruurda bezig met het opstellen van een document waarin een lans wordt gebroken voor het anders omgaan met het begrip 'stand van de wetenschap en praktijk', waar het Zorginstituut zo graag mee schermt.

Dienstverband

Het begrip 'passende zorg' vinden we ook terug in een alinea over de medisch-specialistische bedrijven (MSB's). De coalitie schrijft: "Voor transformatie naar passende zorg, de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en afremmen van perverse

prikkels (!) hebben ook medisch-specialistische bedrijven een verantwoordelijkheid. Indien bij deze MSB's onvoldoende verbetering optreedt binnen twee jaar zal er regelgeving komen zodat alle medisch specialisten in loondienst gaan". Enige onderbouwing voor de aanname dat dienstverband leidt tot besparingen en minder "perverse prikkels" is echter niet terug te vinden. Productieprikkels zijn immers vooral terug te voeren op afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Begrijpelijkerwijs hebben de 7000 medisch specialisten die werken in vrij beroep zich gestoord aan dergelijke uitlatingen in het coalitieakkoord. Ook wordt niet duidelijk welke verbeteringen nou precies worden bedoeld. Het laatste woord zal hier nog wel niet over gezegd zijn. Vanuit de FMS wordt, in mijn ogen terecht, benoemd dat de hardwerkende en intrinsiek gemotiveerde zorgprofessionals vooral behoefte hebben aan vertrouwen en ondersteuning, en niet aan onrust op de werkvloer.

Tot slot

Natuurlijk geeft het coalitieakkoord slechts een kader waarlangs de coalitiepartijen kunnen bewegen richting een beleid voor de komende jaren, maar toch. Blijkbaar blijft het nuttig om 'aan tafel' te zitten met de politiek om de plannen voor de toekomst af te stemmen met de direct belanghebbenden. Dat zijn natuurlijk alle Nederlanders, maar met betrekking tot de zorgparagraaf ook alle zorgmedewerkers. Niet voor niets hebben we als NVALT-bestuur bij de afdeling persvoorlichting van de FMS betoogd dat wij graag met een 'gezaghebbend' lid van het ministerie van VWS regelmatig van gedachten willen wisselen, om steeds te beoordelen of we dezelfde taal spreken en onze belangen goed behartigd worden.

Ik wens jullie allen weer veel leesplezier met deze wederom fraai vormgegeven PulmoScript!

Leon van den Toorn

Van de secretaris

Sneeuwkllokjes en krokussen

Als u dit leest, is het voorjaar, maar als ik dit stukje schrijf, zijn de winterspelen nog volop bezig, is Dudley net over het land geraasd en is Eunice in aantocht. Op de winterspelen doen 'we' het goed – de schaatsers hebben veel medailles gewonnen en de prestatie van Kimberly Bos mag buitengewoon worden genoemd, vergelijkbaar met de prestatie van Nicolien Sauerbreij in 2010. Onze nieuwe minister van Volksgezondheid heeft net verregaande versoepelingen v.w.b. de Coronamaatregelen afgekondigd, nu de Omicron variant minder mensen in het ziekenhuis doet belanden dan de voorgaande varianten. De krokusvakantie staat voor de deur en na een (helaas) zachte winter, staan de krokussen en sneeuwkllokjes al volop in bloei.

De krokus is een geslacht van de lissenfamilie, dat 90 soorten omvat. De krokus wordt geassocieerd met het voorjaar, maar ongeveer een derde deel is herfstbloeier. Onder andere de saffraankrokus bloeit in de herfst. Saffraan is een dure specerij: een kilogram saffraan kost ongeveer 30.000 Euro. Zelf saffraankrokussen kweken zal niet snel zoveel geld opleveren, want voor een kilogram saffraan heb je ongeveer 200.000 krokussen nodig. Sneeuwkllokjes bloeien in januari en februari en zijn de eerste voorboden van de lente. De wetenschappelijke naam *Galanthus nivalis* is afgeleid van de Griekse woorden 'gala' (melk) en 'anthos' (bloem); 'nivalis' betekent sneeuw. Het sneeuwkllokje staat symbool voor hoop, (opnieuw) ontwaken en lenteverwachting.

>>

Van de secretaris (vervolg) >>

Naar verwachting zullen de Corona-maatregelen in de ziekenhuizen niet zo snel of in ieder geval niet zo verregaand versoepeld worden als in de maatschappij. De overheid heeft de maatregelen kunnen versoepelen doordat minder patiënten met COVID-19 in de ziekenhuizen worden opgenomen (mede door de booster vaccinaties), maar de druk op de zorg wordt nu niet zo zeer veroorzaakt door de toestroom van patiënten, maar door uitval van collega's en verpleegkundigen, die t.g.v. COVID-19 thuis in isolatie moet blijven. Het is begrijpelijk en ook een opluchting dat na 2 jaar de samenleving eindelijk terugkeert naar een soort normaal (met uitzondering van mondkapjes in het openbaar vervoer), maar op de achtergrond blijft wel zorg aanwezig: het is geenszins uitgesloten dat in de loop van dit jaar weer een ernstiger variant van het SARS-CoV2 de kopt opsteekt. Wat dat betreft wordt in Groot Brittannië nu de Deltacron variant goed gemonitord. Maar al met al is hoop en optimisme nu wel op z'n plaats, om bij de symboliek van de sneeuwkllokjes en het voorjaar te blijven.

Hoop en optimisme hebben ook de inwoners van Oekraïne nodig, nu het Russische leger met 150.000 man aan de grens staat. De kans is groot dat het Russische leger Oekraïne is binnengevallen, als u dit leest, waarschijnlijk met het excuus dat de inwoners van de zelfuitgeroepen republiek Donetsk beschermd moeten worden. Laten we hopen dat de situatie daar niet (te veel) escaleert.

Voor wat betreft symboliek van de sneeuwkllokjes is hier ook het resultaat van de actie van radiozender KINK het vermelden waard. Elders in deze PulmoScript leest u er meer over, maar de opbrengst van meer dan 57.000 Euro heeft de verwachtingen overtroffen. Zoals u weet, is het geld gebruikt voor verrassingspakketten, om verpleegkundigen van longafdelingen en IC's die betrokken zijn geweest bij de COVID-zorg, 2022 met een positief gevoel te laten beginnen.

Hans Jurgen Mager



Preventie tafel tabak 9 december 2021 VWS Den Haag:

NVALT-bestuur aan tafel en wat verder speelt op het dossier

Het is zover: ook de NVALT zit vanaf heden aan de VWS-preventie tafel tabak. Na een schriftelijke sollicitatie (te vinden op de website onder nieuws 9 december) werd zij aan de tabakstafel toegelaten. Er zijn 4 tafels: tabak, obesitas, alcohol en een overkoepelende tafel. Alleen bij de tabakstafel zit de industrie niet aan tafel vanwege het FCTC5.3 akkoord. (zie punt 6). Zij maakt tot op heden verreweg de meeste stappen.

Hoe ver staat het met de tabaks- preventietafel?

Als 'stip op de horizon' staat een Rookvrije Generatie in 2040: dat wil zeggen: maximaal 5% volwassen rokers en 0% jongeren onder de 18 die roken. Op dit moment rookt bijna 21% van de samenleving; 2/3 van de jongeren die 1 sigaret probeert wordt een dagelijkse roker, 2/3 van alle rokers zal overlijden aan het roken. Gemiddelden zeggen echter niet alles: onder mannen van 25-45 jaar in de lage SES-categorie rookt 56%.

Om dit doel- deze stip- te bereiken is er een routekaart: zoveel mogelijk rookvrije omgevingen realiseren: van kinderboerderijen en ziekenhuizen tot sportverenigingen, scholen en opleidingen. De prijs dient elk jaar substantieel verhoogd te worden met minstens 10% en het aantal verkooppunten moet drastisch omlaag.

Stoppen met roken zorg voor iedereen in de eerste en in de tweede lijn wordt basis zorg, zonder eigen bijdrage. Er zijn jaarlijks campagnes ter ondersteuning van de Rookvrije Generatie. Met een groep artsen is de actie groep #artsenslaanalarms opgericht (KNMG, Gezondheidsfondsen) die al meerdere campagnes hebben uitgevoerd met deze kernpunten (o.a. het filmpje 100.000 slechtnieuwsgesprekken waar meerdere longartsen aan hebben meegewerkt)

1 Rookvrije omgeving

In het kader van de gemeenteraadsverkiezingen benaderen Gezondheidsfondsen voor Rookvrije Generatie partijen in gemeenten die minder actief zijn op het gebied van de rookvrije omgeving. Ook hebben de GvRV een notitie laten opstellen met informatie over hoe gemeenten openbare locaties rookvrij kunnen maken. De VNG is bezig met de lokale preventieakkoorden. Ook is een promotieonderzoek begonnen waarbij de werkzame elementen van het lokale tabaksbeleid in Nederland in kaart wordt gebracht. NOC*NSF wil in 2025 alle sportverenigingen rookvrij krijgen.

Rookvrije zorg

De zorgkoepels VGN (gehandicaptenzorg) en ActiZ (ouderenzorg) hebben zich recent verbonden aan de werkgroep Rookvrije Zorg. Daarbij trekken zij samen op in de acties om hun achterban rookvrij te maken.

Rookvrije organisatie

NVAB heeft e-learning, webinars, podcasts en website ontwikkeld om SMR (stoppen met roken) door bedrijfsartsen aan te kaarten. Activiteit van bedrijfsartsen op stoppen met roken is toegenomen van 25% naar 30%.

2. Stoppen met roken

In de werkgroep Stoppen-met-rokencare en de sub werkgroep bekostiging en financiering wordt de stoppen-met-rokeninfrastructuur verder uitgewerkt. Zo wordt er gekeken hoe mensen die willen stoppen met roken vanuit de tweede lijn effectief kunnen worden doorverwezen naar een passende ondersteuning: in de eerste en/ of de tweede lijn.

De NVALT speelt een grote rol bij de totstandkoming van stoppen met roken zorg in het kwaliteitsbeleid medisch specialisten. Aan de preventie tafel zet George Nossent de motivatie van de NVALT uiteen: roken is de grootste vermijdbare oorzaak van vroegtijdig overlijden: het voorkomen van de tabaksverslaving zou dan ook de hoogste prioriteit moeten hebben voor iedereen die in de zorg werkt. Tweedelijns stoppen met roken zorg ontbreekt in vrijwel alle ziekenhuizen terwijl vrijwel alle medisch specialisten aandoeningen behandelen die zijn veroorzaakt door roken of waarvan prognose of herstel door roken nadelig beïnvloed wordt. Hij vat de motivatie van het NVALT-bestuur als volgt samen:

Stoppen met roken (SMR) is voor vele ziektebeelden de belangrijkste en effectiefste preventieve maatregel. Ineffectieve organisatie van SMR-zorg in Nederland.

Via een **SKMS project** (Stichting Kwaliteitsgelden Medische Specialisten) is het de bedoeling generieke, evidence-based SMR modules te ontwikkelen die bij verschillende ziekte-specifieke richtlijnen kunnen worden opgenomen in de richtlijndatabase (<https://richtlijndatabase.nl/>). De Zorgstandaard tabaksverslaving van het Partnership Stop met roken (Trimbos) vormt hiervoor de basis, waarbij specifiek voor medisch specialisten wordt gekeken naar hun rol hierin. Het streven is naar een structurele verankering van SMR-zorg in de richtlijndatabase. Het tweede SKMS project (NVALT en NVVC (Ned. Ver. Cardiologie) '**Stop met roken zorg in het kwaliteitsbeleid medisch specialisten**') heeft tot doel om beleid te ontwikkelen voor regionale en transmurale SMR-zorg in Nederlandse ziekenhuizen. Om de implementatie van de richtlijnmodules succesvol te laten zijn is het belangrijk dat de hele zorgketen is georganiseerd. Het ontbreekt echter aan afstemming over het SMR-beleid in de ziekenhuizen en de omliggende regio's. Daarom wordt in dit project



beleid ontwikkeld voor het regionaal implementeren van richtlijnaanbevelingen. Het gaat hierbij om het faciliteren van SMR-zorg in een netwerk, waarbij de patiënt op het juiste moment op de juiste plek geholpen wordt door de juiste zorgverlener. Het spreekt voor zich dat dit tweede project in nauwe samenwerking zal moeten geschieden met o.a. het NHG en de KNMG om de grenzen tussen eerste en tweede lijn te slechten en hier daadwerkelijk tot netwerkgeneskunde door het gehele (para) medische veld te komen.

3. Verkooppunten, vergunningstelsel

In 2022 worden alle sigarettenautomaten verboden, vanaf 2023 kan tabak niet meer online worden gekocht. In 2024 verdwijnen sigaretten geheel uit alle supermarkten. Wij dringen sterk aan op een vergunningstelsel aangezien er geluiden opgaan van het openen van aparte nieuwe verkooppunten naast de supermarkt.

4. Prijs

De afspraak in het preventie akkoord is dat de prijs van sigaretten elk jaar met 10% wordt opgehoogd. Op het laatste moment (onder druk van VNO-NCW) is de prijs slechts eenmalig opgehoogd, er zou eerst onderzoek moeten plaatsvinden naar grenseffecten. Ondanks het feit dat deze grenseffecten nauwelijks tot niet optraden, werd ook in 2022 afgezien van een prijsverhoging. In 2024 zal een pakje 10 euro moeten kosten. Na 2024 zal aan een verdere prijsverhoging moeten worden gewerkt. *Het RIVM berekende dat met de huidige afspraken het doel in 2040 niet gehaald wordt...*

Overige punten

5. SUPD- Single Use Plastic Directive: EU wetgeving

Vanaf 2023 zal de tabaksindustrie moeten betalen voor het opruimen van plastic filters: de filters die valse geruistelling geven en een van de grootste bijdrage aan

de plastic soep vormen. De **KNMG** heeft een werkgroep opgericht: Tabak en de invloed op klimaat en milieu, samen met het peukencollectief en het Recycling netwerk Benelux. Er wordt gewaarschuwd voor de (indirecte) samenwerking met Philip Morris International door de Litterati app te gebruiken voor het monitoren van het aantal peuken dat wordt opgehaald.

6. Voorstellen WHO FCTC 5.3 wetgeving

Naar aanleiding van het afgezwakte preventie akkoord onder invloed van de tabakslobby wordt gepleit om het internationale juridisch bindende akkoord waarin besloten is dat de brede overheid geen contacten met de industrie mag hebben: de FCTC 5.3, in wetgeving wordt vastgelegd

7. Overname Vectura door Philip Morris International

Philip Morris International kocht het bedrijf Vectura in de UK: dit bedrijf heeft het eigendomsrecht op het patent dat inhalatie van longmedicatie mogelijk maakt. In de UK hebben longartsen opgeroepen deze middelen voortaan te boycotten. Na overleg met het NVALT-bestuur is er besloten in Nederland geen actie te ondernemen omdat het patent al over 2 jaar afloopt en longartsen tijdens de corona crisis wel iets anders aan hun hoofd hebben.

8. Rookvrije Generatie in een wet vastgelegd?

Aangezien de stip op de Horizon vooralsnog niet in zicht komt lijkt het een goed idee om de Rookvrije Generatie in een wet op te nemen zoals in meerdere landen wordt voorgesteld: geen kind geboren vanaf 2017, zal vanaf 2035 ooit nog sigaretten mogen kopen: een generatie gebonden verbod op de verkoop van sigaretten. In de tussentijd zullen alle andere bovenstaande maatregelen moeten worden uitgevoerd om dit in 2035 in te voeren.

Wanda de Kanter

Werkgroep Longarts van de toekomst voortvarend van start: denken jullie mee?

Longartsen hebben een boeiend, complex en breed vak. Er worden dan ook hoge eisen aan de vakinhoudelijke kwaliteit van zorg gesteld, aan de organisatie en de randvoorwaarden van de longzorg én de opleiding tot longarts. Ondertussen verandert de wereld binnen de (long)zorg in een hoog tempo: de zorgvraag en de patiëntpopulatie is aan het veranderen. Zo heeft de patiënt van de toekomst meer chronische aandoeningen en meer multi-morbiditeit. De zorg wordt steeds meer rondom de patiënt georganiseerd en eHealth en zorg in de thuissituatie zal steeds meer gewoon worden. Ook de COVID-pandemie heeft blijvende veranderingen met zich meegebracht, te denken valt aan de versnelling van telemonitoring. Ook de wetenschap staat niet stil en komen er steeds meer behandelingsmogelijkheden. Ook is er, mede door de COVID-pandemie, in toenemende mate aandacht voor preventie en een gezonde leefstijl. Als longartsen voelen we dat we deze handschoen op moeten pakken en onze verantwoordelijkheid hierin moeten nemen.

Al deze ontwikkelingen hebben uiteraard gevolgen voor het werk van de longarts en voor de organisatie van zijn of haar werkzaamheden. Het is de verwachting dat de taken zoals ze nu in het longenveld verdeeld zijn, door deze ontwikkelingen gaan veranderen. Zo zal er met meer disciplines, zowel binnen én buiten het ziekenhuis, worden samengewerkt. Veel 'routine' werkzaamheden kunnen worden gedaan door physician assistants en/of verpleegkundig specialisten. Daarnaast staat het zorgveld voor een belangrijke maatschappelijke

opdracht. De toegankelijkheid van de zorg staat onder druk: de patiëntenstroom neemt toe, de kosten blijven stijgen en er is een tekort aan zorgpersoneel. De vraag is, hoe houden we de specialistische longzorg in de toekomst toegankelijk en hoe werken we daarin samen met de overheid en instanties zoals het Zorginstituut?

Als wetenschappelijke vereniging is het voor de NVALT van belang adequaat op deze vraagstukken te anticiperen en met nauwe betrokkenheid van haar leden te komen tot een beleidsvisie. Om te komen tot deze beleidsvisie heeft de NVALT een brede werkgroep ingesteld die zich bezighoudt met de toekomst van de longarts. Met deze in ontwikkeling zijnde beleidsvisie wordt de koers van de NVALT voor de komende jaren bepaald.

De werkgroep is sinds de inrichting tweemaal bijeengekomen waarbij er levendig is gediscussieerd en gebrainstormd. Op dit moment zijn er een aantal thema's gedefinieerd. De werkgroep verneemt heel graag van alle leden van de NVALT wat men van deze thema's vindt: zijn het de juiste thema's, mist de werkgroep een belangrijk thema, wat heeft prioriteit? Onlangs hebben jullie de enquête toegestuurd gekregen, het is tot 5 april nog mogelijk om deze in vullen. We hopen van harte op jullie input en zien jullie reacties graag tegemoet! Denk met ons mee over de visie van de longarts van de toekomst!

*Ingrid van der Gun
Piet Postmus*



Selpercatinib als tweedelijnsbehandeling bij gemetastaseerd RET-fusiepositief niet-kleincellig longcarcinoom

Inleiding

Jaarlijks wordt in Nederland bij bijna 10.000 patiënten de diagnose niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) gesteld. Bij diagnose komt meer dan 40 procent van de patiënten niet meer in aanmerking voor een curatieve behandeling. Daarnaast krijgt 40 tot 50 procent van de patiënten die eerder in opzet curatief zijn behandeld in de loop van de tijd afstandsmetastasen (Dutch Lung Cancer Audit 2019). Ongeveer 1 à 2 procent van de patiënten heeft bij diagnose een herschikking in het RET-gen. Deze RET-fusie leidt tot een activering van de oncogenese. RET-fusies worden gevonden bij het NSCLC en bij het (medullair) schildklier carcinoom. Bij een RET-fusiepositief NSCLC komt frequent hersenmetastasering voor. Selpercatinib is een nieuw ontwikkelde, zeer selectieve remmer van de RET-kinase, en actief tegen diverse RET-alteraties, zoals puntmutaties en fusies, en heeft een goede penetratie van het centraal zenuwstelsel (CZS). De effectiviteit van selpercatinib werd in diverse tumortypen getest in de grote fase I/II-studie LIBRETTO-001. In de hier te bespreken publicatie wordt de effectiviteit van selpercatinib bij de geïncludeerde patiënten met NSCLC met een RET-fusie beschreven.¹

1. Kankersoort en lijn van behandeling

De in deze publicatie te bespreken studie betreft zowel de eerstelijns- als tweedelijnsbehandeling van RET-fusiepositief gevorderd of gemetastaseerd NSCLC. Alleen de resultaten van de tweedelijnsbehandeling, waarvoor selpercatinib door de EMA is geregistreerd, worden besproken. Selpercatinib is door de EMA geregistreerd voor de behandeling van volwassenen met gevorderd RET-fusiepositief NSCLC na eerdere systemische behandeling met immuuntherapie en/of platinumbevattende chemotherapie. Het medicament is door de EMA geregistreerd in het kader van een zogeheten 'voorwaardelijke toelating'. Dit betekent dat aanvullende data over de effectiviteit van selpercatinib wordt vereist.

2. Onderbouwing voor een niet-gerandomiseerde studie

In Nederland was ten tijde van de start van de studie chemotherapie en/of immuuntherapie de standaardbehandeling van RET-fusiepositief NSCLC. Er was geen andere doelgerichte therapie tegen RET-fusie beschikbaar. Voor de tweede lijn is er sprake van een unmet need. Er loopt een fase III-studie – de LIBRETTO-431-studie – waarin selpercatinib in de eerste lijn wordt vergeleken met chemotherapie met of zonder pembrolizumab.

3. Methode en kwaliteit van de studie

LIBRETTO-001 is een internationale eenarmige fase I-/II-studie (open label). Om voor inclusie in aanmerking te komen moesten patiënten ouder zijn dan 12 jaar en

een gevorderde of gemetastaseerde tumor hebben, met een lokaal vastgestelde RET-alteratie middels next-generation sequencing (NGS), FISH of PCR. RET-fusies en -mutaties waren toegestaan. Er moest sprake zijn van een ECOG-performancestatus 0 tot 2, normale orgaanfunctie en een gecorrigeerde QT-tijd van maximaal 470 ms. Alle vormen van eerdere therapie waren toegestaan. Behandelde of onbehandelde hersenmetastasen waren toegestaan, mits deze asymptomatisch waren of ten minste 2 weken stabiel na behandeling. In het hier te bespreken artikel werden alleen de patiënten met NSCLC met een RET-fusie geanalyseerd. De tabletten selpercatinib worden 2 keer per dag ingenomen in cycli van 28 dagen. De behandeling werd voortgezet tot aan progressie, overlijden of onacceptabele toxiciteit. Het fase I-deel was een dosisescalatie, oplopend van 1 d.d. 20 mg tot 2 d.d. 240 mg. Intrapatiëntdosisescalatie was toegestaan. Voor het fase II-deel was de dosis bepaald op 2 d.d. 160 mg. Overigens is de dosering 2 d.d. 120 mg bij een gewicht onder de 50 kg (EMA). Responsmetingen vonden plaats voor start studie, nadien elke 8 weken gedurende het eerste jaar en vervolgens om de 12 weken. Bij start van de studie was beeldvorming van de hersenen verplicht. Bij hersenmetastasering werd deze ook bij elke responsmeting vervolgd. Alle beeldvorming werd centraal en onafhankelijk beoordeeld volgens RECIST 1.1. Bijwerkingen werden geclassificeerd volgens CTCAE 4.03. Het primaire eindpunt van de studie was het objectieve responspercentage (ORR). Secundaire eindpunten waren het objectieve intracraniele responspercentage, progressievrije overleving (PFS), responsduur (DoR) en veiligheid. Effectiviteitanalyse werd verricht volgens het intention-to-treat-principe. Bij een verwachte ORR van 50 procent waren 105 patiënten nodig om met 98 procent power een ondergrens van het tweezijdige 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) voor ORR van ten minste 30 procent aan te kunnen tonen. Een ORR van meer dan 30 procent werd beschouwd als klinisch relevant. Deze 105 patiënten betrof de primaire analyse, en waren de 105 opeenvolgende patiënten in zowel het fase I- als het fase II-deel met een RET-fusiepositief NSCLC na eerdere therapie. Het betrouwbaarheidsinterval werd berekend met de Clopper-Pearson-methode. De DoR en PFS werden bepaald met de Kaplan-Meier-methode. Veiligheidsanalyse werd verricht voor zowel de eerder genoemde NSCLC-patiënten als voor de hele groep patiënten in de LIBRETTO-001-studie (totaal 531 patiënten).

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

In de effectiviteitsanalyse werden 105 opeenvolgende RET-fusiepositieve NSCLC-patiënten geïncludeerd. Zij werden tussen mei 2017 en december 2018 behandeld

met selpercatinib na eerdere chemotherapie en/of immuuntherapie. Hiervan werden 49 patiënten behandeld in het fase I-dosisescalatiecohort en 56 patiënten in het fase I-dosisexpansie- of fase II-cohort. In totaal 88 procent van deze groep ontving uiteindelijk de aanbevolen fase II-dosis van 2 d.d. 160 mg. De gemiddelde leeftijd was 61 jaar en 59 procent was vrouw. De afkomst was in 52 procent Kaukasisch en in 38 procent Aziatisch. In totaal 71 procent van de patiënten had nooit gerookt. De ECOG-performancestatus was 0 bij 30 procent van de patiënten en bij de overige patiënten 1. Er was sprake van een adenocarcinoom bij 86 procent van de patiënten. Mediaan hadden zij 3 eerdere behandelingslijnen ondergaan, waarbij iedereen eerder chemotherapie had ondergaan en 55 procent immuuntherapie. Er was sprake van hersenmetastasering bij 36 procent van de patiënten. De meest voorkomende RET-fusies waren KIF5B-RET (56 procent) en CCDC6-RET (23 procent). In de voorbehandelde groep van 105 patiënten was de door de onafhankelijke beoordelaar vastgestelde ORR 64 procent (95%-BI: 54-73). Een complete respons trad op bij 2 procent van de patiënten, bij 62 procent was er een partiële respons, bij 29 procent werd stabiele ziekte vastgesteld, 4 procent had progressie en bij 4 procent was de respons niet evalueerbaar. De mediane onafhankelijk vastgestelde DoR

was 17,5 maanden (95%-BI: 12,0-niet-bereikt). Na 1 jaar had nog 66 procent geen ziekteprogressie (95%-BI: 55-74). De mediane PFS was 16,5 maanden (95%-BI: 13,7-niet-bereikt). De mediane tijd tot respons was 1,8 maanden. Respons was niet gecorreleerd met type RET-fusie. Van de 38 patiënten met hersenmetastasering hadden 11 volgens RECIST meetbare laesies. Een objectieve intracraniale respons werd vastgesteld bij 10 van deze 11 patiënten (91 procent). De mediane duur van respons van de hersenmetastasen was 10,1 maanden (95%-BI: 6,7-niet-bereikt). De bijwerkingen werden geregistreerd bij alle 144 NSCLC-patiënten; 58 procent van de patiënten kreeg een bijwerking van graad 3 of 4. De meest voorkomende bijwerkingen van graad 3 of 4 waren hypertensie (14 procent), stijging van ALAT of ASAT (13 en 10 procent), hyponatriëmie (6 procent) en lymfopenie (6 procent). In totaal 6 patiënten overleden (4 procent): 2 ten gevolge van een sepsis, 1 ten gevolge van een hartstilstand, 1 ten gevolge van multi-orgaanfalen, 1 ten gevolge van pneumonie en 1 ten gevolge van respiratoir falen. Al deze overlijdens werden door de onderzoekers niet beschouwd als door selpercatinib veroorzaakt. In de hele LIBRETTO-001-groep van 531 patiënten werd bij 30 procent een dosisreductie toegepast. In totaal 12 patiënten (2 procent) moesten stoppen met selpercatinib vanwege bijwerkingen.

Niet-gerandomiseerde studie, effectiviteit	responskans en responsduur		
<ul style="list-style-type: none"> • primair eindpunt • aantal patiënten in effectiviteitsanalyse 	105		
Responskans (ORR) en responsduur (DoR)	ORR: 64% (95%-BI: 54-73) DoR: 17,5 maanden (95%-BI: 12,0-niet bereikt) +		+
<ul style="list-style-type: none"> • ondergrens ORR 95%-BI > 40% en DoR mediaan > 4 maanden • óf ondergrens ORR 95%-BI > 30%-40% en DoR mediaan > 8 maanden • óf ondergrens ORR 95%-BI > 20%-30% en DoR mediaan > 12 maanden 			
ESMO-MCBS-gradering			3
Bijwerkingen	Totaal	Gerelateerd	
<ul style="list-style-type: none"> • lethaal • acuut, ernstig (graad 3-4) • chronisch beperkend • staken behandeling vanwege bijwerkingen 	4%	0%	
	58%	28%	
	?	?	
	2%		
Kwaliteit van leven	geen data		?
<ul style="list-style-type: none"> • QoL-analyse 			
Impact van behandeling			+
<ul style="list-style-type: none"> • acceptabele behandellast 			
Bewijskracht	niet-gerandomiseerde studie		matig
Medicijnkosten			
<ul style="list-style-type: none"> • kosten per cyclus (28 dagen) • mediane behandelduur • totale behandelkosten 	€ 10.804,64		
	?		
	?		

Resultaten selpercatinib voor gemetastaseerd RET-fusiepositief NSCLC (voorbehandelde patiënten conform EMA-registratie).

Discussie

In deze gecombineerde fase I-II-studie naar de effectiviteit en veiligheid van selpercatinib werd bij patiënten met een gemetastaseerd RET-fusiepositief NSCLC een ORR van 64 procent vastgesteld bij patiënten die een voorbehandeling met chemotherapie en/of immuuntherapie hadden gehad. Deze respons hield mediaan 17,5 maanden aan. Selpercatinib is de eerste direct RET-gedreven tyrosinekinaseremmer die beschikbaar is gekomen, met een goede effectiviteit in de tweede lijn. Ook is er een hoge intracraniale responskans, wat belangrijk is omdat er een hoge kans op hersenmetastasering

is bij RET-fusiepositief NSCLC. Het bijwerkingenprofiel van selpercatinib valt mee en is door eventuele dosisreductie goed te hanteren. Momenteel loopt er een fase III-studie voor RET-fusiepositief NSCLC in de eerste lijn, met selpercatinib versus chemotherapie en/of immuuntherapie. De uitkomsten van deze LIBRETTO-431-studie (NCT04194944) worden in 2023 verwacht. Op basis van deze uitkomsten zou de behandelpositie en mogelijk ook de EMA-indicatie kunnen verschuiven naar de eerste lijn, zoals ook gebeurd is met vergelijkbare selectieve tyrosinekinaseremmers tegen EGFR- en ALK-positief NSCLC.

Studiedag VvAwT

Op 14 januari 2022 vonden de jaarlijkse Studiedagen van de Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding (VvAwT) plaats. Normaliter vinden deze plaats in het Fletcher Hotel te Amersfoort. Dit jaar waren de dagen gecombineerd tot één dag en helaas bepekt tot een digitale bijeenkomst via Zoom.

De doelgroep van de dagen zijn artsen Maatschappij en Gezondheid die werkzaam zijn in de tuberculosebestrijding en longartsen. Middels onderzoeks-, en literatuurupdates worden de ontwikkelingen van het afgelopen jaar gepresenteerd. Hoofthema's dit jaar waren; diagnostiek en behandeling van tuberculose bij kinderen

De eerste spreker was Mustapha Gidado, directeur van KNCV Tuberculosefonds, met een update over de data van 2020 en de verwezenlijking van de eliminatiedoelen van tuberculose van de WHO. Met name in ontwikkelingslanden is er tot 2020 een afname van tuberculose, maar vanaf 2020 is er, door de COVID-pandemie en toewijzing van middelen aan COVID-bestrijding, een achterstand in het bereiken van de doelen van eliminatie ontstaan.

De volgende presentatie was van Annemieke Brands, Technical Officer, Global TB Programm, World Health Organization. Haar onderwerp betrof de vernieuwde richtlijnen van de WHO voor de diagnose en behandeling van tuberculose bij kinderen en adolescenten. TB bij kinderen blijft met 226.500 doden per jaar globaal een probleem. Nieuw in de richtlijn is o.a. dat voor behandeling van TB bij kinderen een verkorte behandeling geadviseerd wordt.

Hierop volgde in dezelfde lijn een presentatie van James Seddon, Paediatrician, Imperial College London/Stellenbosch University over nieuwe ontwikkelingen in diagnose en therapie van tuberculose bij kinderen, speciaal de ernstige vormen.

Met name de toepassing van algoritmes bij diagnostiek blijkt hoge specificiteit te hebben voor caverneuze, miliaire en lymfkliertuberculose. Nieuw in de behandeling van tuberculose bij kinderen is de toepassing van hoge doses rifampicine. In de diagnostiek van tb bij kinderen is de GeneXpertUltra hoog specifiek, ook voor onderzoek van faeces.

In het kader van het thema "tuberculose bij kinderen" volgde er een voordracht van over therapietrouw bij kinderen van Aline Verhage, kinderarts UMCG. We werden onderhouden over de do's en don't bij het initiëren van een medicamenteuze behandeling van kinderen. In iedere leeftijdscategorie vergt dit een andere aanpak.

De volgende presentatie in het thema 'tuberculose bij kinderen' was van Herma Holscher, MD. PhD. Radioloog, over "Thoraxfoto bij kinderen; maken en interpreteren". In een vogelvlucht nam zij ons mee door de basisinterpretatie van thoraxfoto's bij kinderen. De verschillen in radiologische presentatie van ziektebeelden tussen kinderen en volwassenen werden uitgelegd en geïllustreerd. Specifieke casuïstiek van tuberculose bij kinderen met de radiologische uitingen werden gepresenteerd.

Het volgende onderwerp '25 jaar INH-resistentie in Nederland' was van Vanessa Vogensen, student Geneeskunde, was een exposé over de behandelresultaten van INH-resistente tuberculose. Monoresistentie tegen INH komt in NL in 7,4 % voor. Risicofactor is o.a. in het buitenland geboren zijn. De kans op succesvolle behandeling c.q. geen therapiefalen of recidief tuberculose blijkt kleiner te zijn bij INH-resistente tuberculose (74% versus 79%).

Na de lunchpauze werd de dag vervolgd met een presentatie van Dr. Carolien Ruesen, International coördinator

>>

surveillance antimicrobial resistance, RIVM, getiteld "Understanding tuberculosis drug-resistance, disease phenotype and transmission by mycobacterial genome analysis". In haar presentatie kwam naar voren dat onderzoek laat zien dat blootstelling aan genotype Beijing van *M.tuberculosis* leidt tot meer transmissie van tuberculose, ook na correctie voor andere indexgerelateerde factoren die van invloed zijn op transmissie.

Diverse onderzoeken laten zien genotypische drugresistente tuberculose geassocieerd blijkt te zijn met diabetes mellitus.

De volgende presentatie was van Matthias Groeschel, MD, PhD, Harvard University over een internationaal onderzoek

over de rol van pathoogekarakteristieken en herkomst van de contactpersoon in verspreiding van tuberculose. Wereldwijd vertonen de diverse *M.tuberculosis* lineages een patroon van geografische verspreiding die suggereert dat er een voorkeur van het pathoogek c.q. lineage bestaat voor diverse humane subpopulaties.

In een groot epidemiologisch onderzoek in drie grote wereldsteden (New York, Hamburg, Amsterdam) met een etnisch gemixte populatie is onderzocht of deze voorkeur bestaat. Met WGS werden van 2279 bronnen de lineages bepaald. Aan de hand van de gegevens van de 12.749 contacten van deze bronnen werd vastgesteld dat er



Mustapha Gidado



James Seddon



Herma Holscher



Carolien Ruesen



Matthias Groeschel



Gerard de Vries



Wiel de Lange



Sophie Toumanian

meer infecties veroorzaakt werden als de endemiciteit van de lineage overeenkwam met de herkomst van de contactpersoon.

De een na laatste voordracht was van Gerard de Vries, arts tuberculosebestrijding, RIVM, over Rifampicine-resistente tuberculose in Nederland, 2010-2019.

Het aantal MDR/RR-tuberculose in Nederland blijft stabiel laag (10 tot 20 gevallen per jaar). De behandelresultaten zijn goed (80% curatie). Er zijn slechts weinig secundaire gevallen. Onder contacten zijn veel infecties gevonden waarvan het veelal niet duidelijk is of de infectie door de MDR/RR-stam veroorzaakt is.

De laatste voordracht was tevens het afscheid van Wiel de Lange, longarts en voormalig tb-consulent, UMCG. Wiel presenteerde casuïstiek die hem in de vele jaren is bijgebleven. Het was, ondanks zoals hij zelf zei niet altijd 'evidence based' maar wel zeer leerzaam. Om 16.10 werd de studiedag afgesloten door Sophie Toumanian, de voorzitter van de VvAWT.

Hopelijk volgend jaar weer een fysieke bijeenkomst te Fletcher Hotel, Amersfoort.

Peter Kouw

Ernstig tekort aan longfunctieanalisten raakt ook de longarts!

Vanuit de sectie longfysiologie willen we graag (net als tijdens de recente Papendal vergadering van 17 september) aandacht vragen voor dit probleem.

Regelmatig bereiken ons geluiden uit ziekenhuizen omtrent het niet kunnen vinden van gekwalificeerd longfunctiepersoneel (HBO gediplomeerde longfunctieanalisten). In menig ziekenhuis werkt men grotendeels met zgn. spirometristen, doorgaans medewerkers die "een kunstje hebben geleerd" en op de longfunctieafdeling spirometrieën en soms nog wel complexer longfunctieonderzoek doen, zonder goede achtergrond. Niets ten nadele van de intentie van dergelijke functionarissen, maar het leveren van kwalitatief goed longfunctie onderzoek hangt direct af van voldoende vakkennis binnen de longfunctieafdeling en daar dreigen forse lacunes te ontstaan: dit raakt ons zeer!

Als longartsen moeten we namelijk kunnen bouwen op lege artis verricht onderzoek met apparatuur die op de juiste wijze wordt bediend (en onderhouden!). Het betreft één van de pijlers onder onze expertise.

Samen met de vereniging van longfunctie analisten (NVLA), waarmee we als sectie korte lijnen onderhouden en waarmee we onlangs nog een verbeterd visitatieproces hebben ontworpen (helemaal passend binnen onze NVALT kwaliteitsvisitatie) besteedden we ook al geruime tijd aandacht aan deze problematiek en hebben gemeend na naar

oplossingen te hebben gezocht nu de noodklok te moeten luiden!

Het probleem kent meerdere aspecten.

1. Geschatte uitstroom LF analisten op basis van leeftijd: 236 van de huidige 600 gediplomeerden (niet eens allemaal actueel werkzaam als LF analist) per 2030; de instroom voor de opleiding bedraagt actueel ongeveer 15-20 per jaar, waarvan laatste jaren het uitvalspercentage 41% bedraagt: kortom de aanwas van gediplomeerden is echt ondermaats! Vereist niveau is HAVO exact pakket, bij voorkeur krijgen interne kandidaten (doorgaans met lagere opleiding) echter vaak de opleidingsplek binnen een ziekenhuis.
2. Er zijn te weinig opleidingsplekken voor LF analisten: de ziekenhuizen die actueel opleiden denken doorgaans alleen in termen van opleiden voor eigen kliniek/ behoefte. De klinieken die nog voldoende personeel hebben anticiperen niet op vertrekkende LF analisten (bijv. via uitstroom naar nurse practitioner functie) en de ziekenhuizen die onvoldoende personeel hebben voelen geen ruimte voor opleiden. De opleiding tot LF analist is een werk/leeropleiding van 3 jaar. Een plots vertrek van een LF analist vang je niet goed op met de start van een opleidingstraject van een leerling. Men tracht dan doorgaans een andere LF analist aan te trekken die er vervolgens niet blijkt te zijn.
3. Menig ziekenhuis heeft al een krappe gediplomeerdenstaf



en heeft vrees om te gaan opleiden: men acht zich hiertoe niet capabel en wellicht ook niet altijd inhoudelijk voldoende ondersteund vanuit de longartsen. Dan is het verleidelijk om een spirometrist aan te stellen, die ook nog eens goedkoper is voor het ziekenhuis.

4. De HBO opleiding tot LF analist is ondergebracht bij de LOI, maar die speelt open kaart dat de huidige vorm voor hen discutabel is, daar het aantal cursisten erg gering is om de opleiding in de lucht te houden.

Wat te doen?

1. NVLA heeft om de kwaliteit van de huidige werkzame spirometristen enigszins te borgen besloten een e-learning aan te gaan bieden, gekoppeld aan enige vorm van lokale praktijktoets. Dit is nadrukkelijk niet bedoeld om een nieuwe opleiding tot LF analist "light" aan te gaan bieden. In de NVLA visitatie is daarom ook een norm opgenomen die beschrijft dat er op 3 FTE gediplomeerde longfunctieanalisten maximaal 1 FTE spirometrist werkzaam mag zijn op de afdeling. Daarentegen staat in dezelfde norm dat er op 1 FTE gediplomeerde 1 FTE leerling werkzaam mag zijn. Opleiden is daarmee aantrekkelijker dan werken met spirometristen.
2. Er moeten meer ziekenhuizen longfunctieanalisten gaan opleiden. Doorgaans is er bij net gediplomeerde HAVO leerlingen zeker belangstelling, zo is de ervaring uit het verleden bij wervingsacties (en soms ook bij zij-instromers vanuit bijvoorbeeld fysiotherapie), maar stagneert het vervolg op ontbrekende opleidingsplekken. Vanuit financieel oogpunt is een leerling voor het ziekenhuis geen dure kracht daar de leerling al snel breder ingezet kan worden.

De inspanning in het begin betaalt zicht uit in 2e deel van de opleiding: dan kan ook complexer onderzoek tegen een leerlingensalaris worden verricht. De baangarantie mag dan niet meegeleverd zijn, in de grotere regio vindt de leerling makkelijk werk na afronding van de opleiding. Momenteel staan er 16 vacatures voor gediplomeerde longfunctieanalisten open, verspreid over heel Nederland, waarvan meerdere voor de tweede of derde keer in 2021 opnieuw zijn open gesteld.

In dit kader kan wellicht dan ook gedacht worden aan een regionale afstemming: opleiden voor of misschien ook wel samen met een ander ziekenhuis.

3. Opleiden geeft vitaliteit aan de LF afdeling! Inhoudelijk worden zaken nog eens onder de loep genomen en stimuleert het uniformiteit van werken. Ook is kennisoverdracht voor de begeleiders bevredigend (LF analisten kunnen soms wel een uitdaging gebruiken). Ook kan het stimulerend zijn voor de longartsengroep daar een longarts zich ook aan de opleiding moet verbinden.

Kortom, er is een dringend probleem ontstaan t.a.v. onvoldoende gekwalificeerd longfunctie personeel en dat raakt ons als longartsen direct in de kwaliteit van longzorg en uitoefening van onze expertise.

We willen u als longarts dan ook vragen de situatie binnen uw eigen organisatie na te gaan en hierbij eventueel ook uw regio te betrekken om de capaciteit van de LF analistenopleiding uit te breiden, want er moeten in de komende periode veel meer gediplomeerde LF analisten beschikbaar komen!

*Jan van der Maten, namens Sectie Longfysiologie
Mady Los, voorzitter NVLA*

AIOS discussieavond 9 december 2021

Na uitstel door wéér een coronagolf, maar gelukkig geen afstel, werd op 9 december de volgende ZOOM-meting georganiseerd. Door AIOS, opleiders en geïnteresseerde longartsen werd de laptop aangezet en een optimale positie van de webcam gezocht voor de discussieavond.

Het onderwerp is een hot topic voor vele wetenschappelijke verenigingen en zeker ook de onze, namelijk de toekomst van de specialist en in ons geval die van de longarts. Middels een enquête onder de AIOS was het onderwerp reeds eerder onder de aandacht gebracht en een ander was al besproken tijdens het Najaarscongres. Tevens was de werkgroep 'Longarts van de toekomst' enkele dagen eerder virtueel samengekomen voor de eerste vergadering.

Als inleiding werden de resultaten van de AIOS-enquête gepresenteerd. Na het versturen van de enquête waren er 64 respondenten. Hiervan is 70% vrouw en 30% man. 61% van de AIOS wordt opgeleid in een perifere ziekenhuis en 39% in een academisch centrum.

De ideale werkweek werd door 71% omschreven als een week waarin 0.8 FTE gewerkt wordt. 13% van de respondenten zouden in een ideale situatie 0.6 FTE willen werken en het overige deel 1.0 FTE. Als oplossingen voor het parttime werken werden duobanen en werken in loondienst genoemd.

Op dit moment heeft 80% van de AIOS-neventaken, waarbij onderwijs, wetenschap en deelname in besturen en commissies als voorbeelden worden genoemd. Driekwart van de respondenten is hier tot 0.1 FTE (gedefinieerd als 4 uur) per week aan kwijt. Het grootste gedeelte van de AIOS nemen hier tijdens een parttime dag, in de avonduren of in het weekend de tijd voor. 86% van de respondenten geven aan dat zij denken als longarts ongeveer 0.1-0.2 FTE aan neventaken te zullen besteden. 72% van de AIOS hebben aangegeven dat zij als longarts tijdens werktijd de tijd zou willen nemen voor neventaken. Het overige gedeelte zou hier naast tijdens werktijd, ook in de avonden, weekenden en tijdens vrije dagen tijd voor willen nemen.

Om het een en ander meer duiding te geven voor de discussie werd er afgesloten met een presentatie over de verschillende generaties op de werkvloer. Nu is het natuurlijk niet heel erg 'woke' om mensen op basis van generaties in te delen, je bent tenslotte zo oud als jij je voelt, maar is het wel praktisch om een discussie op te starten. Zo zullen de babyboomers snel beginnen met polderen, maar is hiërarchie belangrijk als het gaat om wie gelijk heeft. Kijkt generatie X tijdens de discussie naar die mooie auto voor de deur waarvoor te weinig tijd is om in te rijden. Denkt de pragmatische generatie dat alles mogelijk is tot dat die burn-out toch echt voor de deur staat. En de millennials... die schitteren door afwezigheid, want de discussieavond valt niet onder werktijd!

De discussie werd initieel in drie separate groepen gevoerd waarbij elke groep een ander thema toebedeeld kreeg: invulling

van het vak van de longarts in de toekomst, de toekomst van de opleiding tot longarts en de maatschappelijke rol van de longarts. De avond werd afgesloten met een terugkoppeling vanuit alle drie de groepen en een centrale discussie.



Er zijn diverse onderwerpen besproken in de groepen, waaronder het krijgen van tijd om bestuurlijke taken te verrichten, het verder ontwikkelen van het vak door onderzoek te blijven stimuleren en doen en de mogelijkheid om de opleiding van de AIOS duidelijk te individualiseren. Het bespreken van de onderwerpen gaf stof tot nadenken en resulteerde in een vurige discussie. Er werd door menig longarts zorgen geuit over de toekomst van de longarts. Er werd aangegeven dat wij een verantwoordelijkheid hebben als (long)arts, om de zorg steeds te blijven ontwikkelen en dit simpelweg niet kan door alleen te werken tijdens "kantooruren". Daaruit ontstond de vraag hoe al het werk wat nu verricht wordt door de longartsen verdeeld kan worden over de longartsen van de toekomst. Als de artsen in 2025 minder uren willen werken, hoe kunnen alle werkzaamheden dan in die tijd verricht worden? Hoe kunnen wij samen, als longartsen van de toekomst, het vak blijven ontwikkelen? Hoe zorgen we er samen voor dat we ons vakgebied kunnen behouden en beschermen?

Zo eindigde de avond met meer vragen dan hij was begonnen. Er is een eerste begin gemaakt, maar de discussie moet en zal verder gevoerd worden. Daarbij zullen we vast en zeker aan jullie vragen om mee te denken, jullie mening te geven of een eenvoudige enquête in te vullen. Daarbij is het belangrijk om alle definities helder te krijgen: Wat is parttime werken en hoe uit zich dit in de praktijk? Wat zijn taken en neventaken en behoren deze bezigheden bij de werkzaamheden als longarts of zijn dit persoonlijke hobby's? Wij begrijpen dat er vanuit diverse ziekenhuizen reeds initiatieven zijn opgezet om over dit belangrijke onderwerp met elkaar in discussie te gaan. Dit juichen wij van harte toe en hopen dat dit met iedereen gedeeld wordt.

Er is veel werk aan de winkel voor ons allen en met name voor ons: de longartsen van de toekomst. Hierbij zal de werkgroep 'longarts van de toekomst' ons helpen met het samenbrengen van de verschillende generaties, het stroomlijnen van de gedachten en een voorzet maken voor hoe wij samen het vak zo goed mogelijk kunnen blijven beoefenen. Wij zijn erg benieuwd naar het resultaat!

Namens de aanwezige millennials en het AIOS-bestuur,

*Tim Gorgels
Laurien Keulers
Talli Naamani*

Opleiding in de kijker Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

Rotterdam, de stad met inwoners die staan voor saamhorigheid, overhemden kopen met opgestroopte mouwen en een tongval hebben met een natte T. De stad met enkele iconische gebouwen, zoals de kubuswoningen, Rotterdam Centraal en het Erasmus MC. Dagelijks wordt er vlijtig en met enthousiasme gewerkt in het Erasmus MC op onze afdeling longgeneeskunde.

De afdelingen zijn uitgegroeid tot een grote verpleegafdeling, een 'respiratory high care unit' op de COVID-19 afdeling met de mogelijkheid tot Optfilow, de algemene en oncologische dagbehandeling centra, de poliklinieken, het endoscopiecentrum, de longfunctie afdeling en de onderzoekslaboratoria. Met ongeveer 25 stafartsen en fellows, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en consulenten, promovendi en ongeveer 15 arts-assistenten bestieren wij alle afdelingen en dragen wij zorg voor de patiënten.

De aandachtsgebieden binnen ons specialisme zijn

interstitiële longziekten, vasculaire longziekten, waaronder pulmonale hypertensie, longtransplantatie, cystic fibrosis, longoncologie, pulmonale infectieziekten en congenitale longaandoeningen. Hierdoor is de opleiding zeer divers, met de mogelijkheden om verdiepingsstage te lopen binnen deze aandachtsgebieden. Ook is er een ruim aanbod van uiteenlopende, grotendeels academische, casuïstiek tijdens de polistage, consulten stage en de zaalstage. Dagelijks zijn er verschillende multidisciplinaire besprekingen, waar aanwezigheid en input zeer gewaardeerd worden. Wekelijks worden opvallende radiologie beelden besproken in de radiologie bespreking met een van de thorax radiologen. Naast het medisch inhoudelijke aspect van de opleiding is er ruimte om je competenties en generieke vaardigheden te ontwikkelen binnen de opleiding, in en buiten het ziekenhuis. Wij werken graag en nauw samen met de ziekenhuizen in de regio. De AIOS kunnen hun perifere stage in het Franciscus Gasthuis in Rotterdam en het Amphia ziekenhuis in Breda lopen. Naast de stages zijn er meerdere



gezamenlijke onderwijsmomenten en refereeravonden per jaar, met en zonder het witte goud. Ook voor wetenschappelijk onderzoek is er in Rotterdam veel ruimte, zo hebben we veel verschillende onderzoeksgroepen op het gebied van longoncologie, pulmonale hypertensie, ILD, COVID-19 en longtransplantatie. Er is een aantal AIOS bij ons die zowel klinisch werk verricht als promotieonderzoek doet. In dit kader is er ook ruimte voor de AIOS om grote congressen zoals de ERS, de ATS en de ASCO te bezoeken, maar ook kleinschaligere congressen zijn mogelijk. Bij de NVALT dragen we als medisch centrum ook ons steentje bij qua symposia, met de jaarlijkse ILD cursus in Davos met een mooie combinatie van gezellig netwerken en bijpraten met collega's, maar ook state-of-the-art presentaties van onze ILD-longartsen over de laatste inzichten binnen de ILD. Er is de hoop dat de infectieziekten cursus in Barcelona en de cursus longoncologie in New York volgend jaar weer georganiseerd kunnen worden. Bij hard werken hoort ook gezelligheid. Nog voordat de

maandelijke borrel zijn herintrede kon doen en weer een echte traditie kon worden, vonden assistenten vergaderingen via Teams in plaats van in Thoms plaats. Ook het jaarlijkse afdelingsfeest dat niet onderdoet voor de inboedel van de gemiddelde carnavalswinkel is wegens COVID verplaatst. Enige tijd hebben wij ook het eindejaarsdiner met afsluitende quiz moeten missen, net als de jaarlijkse ski-reis. De sportievelingen onder ons hebben wel met veel enthousiasme deelgenomen aan de Dutch CF Run afgelopen jaar.

Samenvattend een zeer diverse en dynamische opleiding, stad en groep collega's!

Namens de arts-assistenten,

Thomas Koudstaal
Talli Naamani



Jonge klare in de kijker

Naam: Hanneke Kievit
Geboortedatum: 21-5-1986
Opleiding geneeskunde: 2004-2011 Radboud Universiteit Nijmegen
Opleidingskliniek: 2014-2020 MST, Enschede
Werkt nu in: UMCG, als fellow longoncologie

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

Toen ik aan de opleiding begon dacht ik dat ik een longarts zou worden met aandachtsgebied slaapgeneeskunde. Dat is het uiteindelijk niet geworden en verder kon ook niet echt overzien wat mij te wachten stond. Het MST is een fijne opleidingsplek, een groot perifeer ziekenhuis waar veel gebeurt, maar wel overzichtelijk en met korte lijnen tussen (de assistenten van) verschillende specialismen. Daarnaast was er een fijne groep a(n)ios, die voor elkaar klaar stond en met wie we de uitdagingen (roosterproblemen, onderbezetting) samen aangingen.

Wat is je aandachtsgebied en hoe ben je daarachter gekomen?

Tijdens de opleiding werd steeds duidelijker dat mijn hart ligt bij de oncologische zorg. Van de interne vooropleiding vond ik met name de oncologiepoli/afdeling echt boeiend. Alleen bij de medische oncologie had je voor mijn gevoel wel meer te bieden dan bij longkanker zoals ik die vooral kende van de zaal (lees: uitbehandeld, ellende, pijn, wegwijnen, overlijden). Gelukkig zijn de perspectieven van longkanker de laatste jaren substantieel verbeterd en maken juist de ontwikkelingen op gebied van de diagnostiek en behandeling het vak zo boeiend. De oncologiestage zorgde voor de bevestiging die ik nodig had. Ik heb nadien 'mijn' oncologie patiënten mee kunnen nemen naar mijn gewone poli en heb ik een verdiepingsstage in het AvL gedaan.

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

Toen ik klaar was met geneeskunde was ik er van overtuigd dat ik KNO-arts zou worden. Na een baan als anios chirurgie, besloot ik bij de longgeneeskunde te gaan werken voor de beschouwende blik en de overlap van enkele ziektebeelden. Na de snelle, acute en genezende zorg van de chirurgie was het een behoorlijke schok om zaalarts te zijn voor COPD'ers, benauwde of stervende patiënten. Maar nadat ik op het slaapcentrum een patiënt had gezien, die een volledig ander mens was geworden door de CPAP, begon ik steeds meer de mooie kanten van het vak te zien. Ook door de fijne groep longartsen en arts-assistenten werd het steeds meer de plek waar ik mij thuis voelde en besloot ik om longarts te worden. De 1e patiënte van mijn oncologiestage zal me ook altijd

bijblijven. Zij was opgenomen op de IC met een tamponade o.b.v. een pericarditis carcinomatosa. Zij bleek een PD-L1 van 100% te hebben en was dankzij de pembrolizumab nog steeds in (een goede kwaliteit van) leven toen ik 1,5 jaar later mijn opleiding afrondde. Zij belichaamt voor mij de mooie ontwikkelingen binnen de longoncologie.

Hoe heeft COVID-19 jouw opleiding beïnvloed?

COVID-19 heeft uiteindelijk weinig invloed op mijn opleiding gehad, de 1e lockdown kwam toen ik nog 5 maanden opleiding te gaan had. Alleen de supervisiestage verliep anders dan gedacht omdat de roosters op de schop gingen en er nog heel veel onduidelijk was over corona. De laatste 3 maanden kon ik gelukkig nog wel naar het AvL en daar werd COVID zoveel mogelijk buiten de deur gehouden.

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

Van mijn directe collega's heeft iedereen wel snel een (vaste) baan gevonden. Daarnaast is het mooi dat er nu steeds meer fellow plekken komen. Het creëert meer banen, maar bovenal biedt het een mooie extra verdieping bovenop wat binnen de opleiding te realiseren valt. Door de differentiatie en ontwikkelingen binnen de aandachtsgebieden verwacht ik dat de vraag naar verder gespecialiseerde longartsen zal toenemen.

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

Doordat je als fellow deels een lerende functie hebt, verliep de overgang erg soepel. Uiteraard draag ik de verantwoordelijkheid over mijn eigen poli's, maar er is zeer laagdrempelig overleg bij bijvoorbeeld bijwerkingen van TKI's of behandelopties (al dan niet in studieverband) bij progressie van ziekte. Verder is er een wekelijkse polibespreking voor immunotherapie gerelateerde bijwerkingen, second opinions, ingewikkelde casuïstiek etc. Het 1e jaar heb ik me vooral gericht op de poli's en het opstarten van een promotietraject. Daar komen nu de dienst en de afdelingssupervisie bij.

Wat zijn de komende jaren je doelen/wat wil je bereiken?

De komende tijd hoop ik nog veel te leren op het gebied van de longoncologie en over een jaar of 3 te promoveren op Biomarkers binnen NSCLC. Daarna wacht een nieuwe uitdaging als longarts-oncoloog, ik ben er nog niet uit of dit academisch of in een groot perifeer ziekenhuis zal zijn.

Hoe combineer je je werk met je gezinsleven?

Doordat ik nu fellow ben, heb ik de luxe dat ik alleen overdag dienst heb. Ik werk vier dagen in de week en de avonden en weekenden ben ik grotendeels thuis. Zeker nu tijdens corona de bijscholingen vooral online zijn. Dit is erg fijn met een jong gezin, hierdoor kan ik er zijn voor mijn 2 dochters van 2 jaar en 6 maanden. Mijn man is over het algemeen wat flexibeler in zijn werktijden en brengt de kinderen naar de opvang en haalt ze vaak ook weer op. Daarnaast is hij bereid geweest om mee te verhuizen naar Groningen en hier een nieuwe baan te zoeken. Een partner die achter je staat, is essentieel.

Heb je adviezen voor beginnende assistenten?

Geniet van de bijzondere tijd en investeer in een goede relatie met je collega a(n)ios. Het is vaak hard werken en je maakt veel mee (zowel werk als privé). Het is fijn dat met collega's te kunnen delen en te weten dat je voor elkaar klaar staat..

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

Als ik naar mijn eigen opleidingsperiode kijk, is de opleiding steeds centraler komen te staan en werden de stages steeds beter gewaarborgd. Nu ik in de academie zit, zie ik duidelijker de meerwaarde die de academische stage heeft als aanvulling op een perifere opleiding. Het is goed dat dit nu beter geïntegreerd wordt.



Longarts in het buitenland

Nieuw-Zeeland: Margot de Koning Gans

Kia ora

Januari 2020 verhuisden we naar Christchurch, Nieuw-Zeeland. We waren er net een paar dagen toen het erop begon te lijken dat het nieuwe virus zich ook buiten de grenzen van China aan het verspreiden was. Niet veel later begon hier de eerste lockdown en daarmee begon ons avontuur iets anders dan we hadden verwacht.

Ons plan om naar Nieuw-Zeeland te verhuizen ontstond al een tijd geleden. In 2010 verbleven we hier een half jaar voor een deel van het promotieonderzoek van mijn man. In die tijd ontwikkelden we een liefde voor dit mooie land en toen dachten we er al over na om hiernaartoe te verhuizen. Dit gevoel is altijd op de achtergrond aanwezig gebleven en bijna 10 jaar later namen we het besluit om ook echt te gaan. Mijn man kon vrij makkelijk aan de slag als huisarts. Ik had een promotieplek geregeld bij de Department of Medicine aan de Universiteit van Otago in Christchurch. Dat het dus allemaal iets anders begon en is gelopen, zal natuurlijk niemand verbazen. Door de opkomende COVID-19 pandemie besloot de regering om de grenzen van Nieuw-Zeeland te sluiten in maart 2020 en er volgde een zeer strenge lockdown. Dit was een vrij radicaal besluit, met positieve en negatieve gevolgen. Mij persoonlijk heeft het veel vertraging gegeven ten aanzien van mijn promotieonderzoek en registratie als longarts, maar daartegenover stond dat ik veel meer tijd heb kunnen doorbrengen met mijn gezin. Verhuizen naar een ander land, met een andere taal en cultuur, was niet gemakkelijk voor onze kinderen (destijds 4 en 6 jaar oud). Ik ben blij dat ik de tijd had om hen daarbij te helpen. Inmiddels wonen we nu al 2 jaar met veel plezier in Christchurch. De natuur is hier prachtig en heel divers! We wonen dicht bij het strand en met anderhalf uur staan we op onze ski's. We hebben er inmiddels een prachtige dochter bij gekregen. Onze twee oudste kinderen gaan hier met plezier naar school. Ze spreken, lezen en schrijven ondertussen (helaas) al beter Engels dan Nederlands. Ze zijn inmiddels al meer een 'Kiwi' dan dat wij waarschijnlijk ooit zullen worden. Wat de definitie is van echte 'Kiwi' is me nog steeds niet geheel duidelijk. Nieuw-Zeeland is namelijk een mix van Māori (de oorspronkelijke bewoners) en Europese en Aziatische immigranten. De Kiwi's zijn een mooie mengeling van relaxte en vriendelijke mensen, die zich over het algemeen netjes aan de regels houden en tegelijk ook een 'can-do' mentaliteit hebben. Maar ik mis de Nederlandse directheid en efficiëntie soms toch ook wel. Er is een goede werk-privé balans. En ook al wordt er hier hard gewerkt, het is toch opvallend om iedere ochtend in het ziekenhuis een zeer lange rij (> 30 minuten wachttijd) met medisch personeel bij het koffiezaakje te zien staan. Nog net wel even iets langer dan tijdens mijn tijd in het HagaZiekenhuis.



De Māori cultuur gaat overigens een steeds belangrijkere rol spelen in de alledaagse samenleving. Dat zie je met name terug in gebruik van taal, maar ook binnen de gezondheidszorg en onderzoek. Dit laatste is met name gericht op betere toegang tot zorg, gerichtere behandeling en betere gezondheidsuitkomsten. Voor mijn prospectieve studie heb ik een document moeten schrijven over hoe en in welke mate mijn onderzoek bijdraagt aan de Māori gezondheid en op welke manier ik rekening houd met de Māori normen en waarden. Het is erg fascinerend en interessant om deze ontwikkeling te zien.

Gezondheidszorg Nieuw-Zeeland

Het gezondheidszorgsysteem in Nieuw-Zeeland is vergelijkbaar met Nederland. De kwaliteit van de zorg is hier goed, naar mijn mening, maar de capaciteit en middelen zijn beperkt. Meer dan in Nederland leunt het sterk op de eerstelijnsgezondheidszorg. De capaciteit van de tweedelijnszorg is laag. Bijvoorbeeld hier in Christchurch, met een populatie van iets meer dan 400.000 mensen, wordt de afdeling Longziekten gerund door 11 longartsen met een opnamecapaciteit van ongeveer 25 bedden op de longafdeling. Dit zorgt ervoor dat veel zorg door de huisartsen gedaan moet worden en een verwijzing van een patiënt naar de ziekenhuizen aan veel eisen moet voldoen. Hiervoor zijn uitgebreide 'health pathways' opgesteld. Een patiënt met alleen een afwijkende X-thorax zul je niet zo snel zien op je spreekuur. Ze komen bijna allemaal met een aanvullende CT-scan aangevraagd door de huisarts. Patiënten worden vervolgens ook weer redelijk snel naar de eerste lijn ontslagen. Dit betekent dus vrijwel geen chronische zorg controles op je spreekuur. Voor een consult bij de huisarts moet je overigens betalen. Dit is, afhankelijk per praktijk en financiële draagkracht, ongeveer 50 euro per consult. De zorg in de publieke ziekenhuizen is daarentegen wel gratis. Een zorgverzekering

is hier niet verplicht. Heb je een verzekering dan is zorg laagdrempelig beschikbaar in de kleinere privé ziekenhuizen. Heb je geen verzekering dan ben je dus 'overgeleverd' aan de capaciteit van de publieke ziekenhuizen. Zorg binnen de longgeneeskunde wordt in Christchurch overigens bijna alleen in het publieke ziekenhuis geleverd.

COVID-19

Terwijl in Nederland de restricties worden opgeheven, moet het voor ons in Nieuw-Zeeland toch nog steeds gaan beginnen. Met ongeveer 25.000 casussen en 53 sterfgevallen door COVID-19 sinds het begin van de pandemie, zijn we hier vooralsnog erg gespaard gebleven¹. De beperkte aantallen tot dusver komen voornamelijk door de grotendeels gesloten grenzen. COVID kreeg nooit echt voet aan de grond. Inmiddels is deze strategie echter opgegeven en lopen de aantallen (met name door Omikron) op. We maken ons wel zorgen. De gezondheidszorg is beperkt wat betreft capaciteit in de ziekenhuizen en met name op de Intensive Care. Nieuw-Zeeland heeft met 3,6 bedden per 100.000 inwoners een van de laagste aantal ICU-bedden per capita (binnen de OECD landen)². Nederland staat overigens ook niet in de hoogste regionen, maar heeft met 6,7 bedden per 100.000 inwoners toch bijna een dubbele capaciteit. Het mandaat voor verplichte vaccinatie van gezondheidspersoneel en de

gesloten grenzen hebben helaas ook niet geholpen bij het al reeds bekende tekort aan zorgmedewerkers. Het lichtpuntje hier is dat ongeveer 95% van de bevolking (12 jaar en ouder) volledig gevaccineerd is en meer dan de helft daarvan inmiddels ook de booster heeft gehad.

PhD en Longarts in Nieuw-Zeeland

In oktober 2020 ben ik met mijn promotieonderzoek begonnen bij de Department of Medicine aan de Universiteit van Otago in Christchurch. Onder begeleiding van twee geweldige longartsen, dr. Mike Maze en prof. Lutz Beckert, heb ik inmiddels een prospectieve studie opgezet naar de etiologie en uitkomsten van pleurale infecties. Daarnaast gaan we in samenwerking met een drietal laboratoria ook onderzoek doen naar PCR testing (in aanvulling op pleuravocht kweken) en nieuwe biomarkers in pleuravocht bij onze studiepatiënten. Het is een mooi project, wat nog wel even gaat duren. Tegelijkertijd ben ik begonnen met de procedure om hier als longarts aan de slag te kunnen gaan. Het proces om je hier te laten registreren als longarts is niet gemakkelijk en vraagt met name om veel tijd en een lange adem. Het betekende voor mij zeer veel papierwerk en overredingskracht om de medical council alhier te overtuigen van mijn geschiktheid als longarts. De opleiding tot longarts is hier toch net iets anders en het



uiteindelijke werk ook. Na afronding van de geneeskunde opleiding wordt er van je verwacht om nog 2 jaar als ANIOS aan het werk te gaan, volgens een vaste roulatie. Daarna kun je solliciteren voor de opleiding. Ze beschouwen longziekten als een specialisatie van de Interne Geneeskunde. Je begint met een basisopleiding van 3 jaar bij de Interne Geneeskunde, waarna je je verder kunt specialiseren binnen een van de 35 verschillende 'advanced training programs', waaronder de Longgeneeskunde. De opleiding Longgeneeskunde is vervolgens nog 3 jaar. Dit gedeelte heeft gelukkig wel zeer veel overeenkomsten met het opleidingsprogramma in Nederland. Het enige grote verschil is de longoncologie. De diagnostiek wordt grotendeels wel door de longarts gedaan, maar de patiënt wordt al vrij snel verwezen naar de medische oncologie. Daarnaast hechten ze veel waarde aan klinische ervaring als je je wilt laten registreren als buitenlandse (long)arts. Dit was de grootste hindernis voor mij. Ik had mijn opleiding in Nederland net afgerond voor ons vertrek en had dus nog geen werkervaring als longarts. De longartsen hier in Christchurch Hospital hebben hier gelukkig een belangrijke rol in gespeeld om ook deze horde te kunnen nemen. Mijn dank is verder groot voor de hulp van onder andere Tessa Nizet, Jeroen van Exsel en Menno van der Eerden in dit proces. Ik hoop na mijn zwangerschapsverlof verder te gaan

met mijn promotieonderzoek in combinatie met klinisch werk als longarts.

Tot slot

Het was een hele stap om alles in Nederland los te laten en voor onbepaalde tijd naar Nieuw-Zeeland te vertrekken. Het was intensief en er was veel onzekerheid. We hadden het soms moeilijk met het feit dat we er niet konden zijn voor onze familie, vrienden en collega's tijdens deze pandemie. Tegelijkertijd genieten we nog elke dag van dit mooie land, de natuur, de mensen en alle nieuwe ervaringen die Nieuw-Zeeland ons te bieden heeft.

Dit jaar gaan de grenzen in fases weer open en hopen we in juli naar Nederland op bezoek te kunnen. Een mooi vooruitzicht!

Zou je juist graag deze kant op willen komen en meer willen weten over reizen, werken en wonen in Nieuw-Zeeland, dan kun je altijd een bericht sturen.

*Nga mihi,
Margot de Koning Gans*

1 <https://www.health.govt.nz/covid-19-novel-coronavirus/covid-19-data-and-statistics/covid-19-current-cases> (17-02-2022)

2 <https://www.oecd.org/coronavirus/en/data-insights/intensive-care-beds-capacity>



Studies en scholing op de NVALT-studiedag 2021

Zoals gebruikelijk is afgelopen jaar op 16 december ook weer een NVALT-studiedag gehouden, helaas vanwege COVID wederom online, met prof. Van den Heuvel als on-site moderator. Ondanks het nog steeds aanwezig zijn van COVID, is zijn we volop bezig met het professionaliseren van de Stichting, en het initiëren en uitvoeren van voornamelijk long-oncologische studies.

De NVALT-studiedag was weer goed bezocht met 130 deelnemers en begon met presentaties over de toekomst en diensten van stichting NVALT-studies. Om het wetenschappelijk inclusief operationeel beleid van de Stichting verder vorm te geven wordt op dit moment samengewerkt met de NVALT; Doelen zijn om de wetenschappelijke richting van de NVALT verder vorm te geven, het centrale punt in Nederland te worden voor long-wetenschap voor alle partijen, een informatiepunt te zijn voor aspirant onderzoekers (kennispunt), ondersteuning te bieden bij het uitwerken van een onderzoek idee (baliefunctie), en op te treden als sponsor of endorser van long-gerelateerde studies. De huidige stand van zaken en plannen voor de toekomst werden door prof. Van den

Dr. Hendriks lichtte toe hoe je hoofdonderzoeker van een NVALT-studie kunt worden. Belangrijk is dat een nieuwe voorgestelde studie binnen de missie van de Stichting past: als non-profit organisatie, als sponsor/endorser op treden voor fase II en III klinisch onderzoek, inclusief praktische ondersteuning, teneinde de kwaliteit van leven van patiënten met een longgeneeskundige aandoening te verbeteren, bestaande therapieën optimaliseren en/of kosten reduceren. Studiefocus is "medical unmet needs". Voorbeelden zijn de de-escalatie van therapie, therapeutic drug monitoring en biomarkeronderzoek bij bestaande therapieën om deze efficiënter in te zetten. Onderdeel van de missie is om de kennis van studiegerelateerde zaken optimaal te verspreiden binnen Nederland.

Heuvel toegelicht in de eerste presentatie van de studiedag. De steun die de Stichting en het datacenter kunnen bieden werd besproken, en staat hieronder in een figuur weergegeven. Doel is dat een onderzoeker kan kiezen welke mate van ondersteuning nodig is, en dat het Stichting/datacenter servicelevel dan bepalend is voor de kosten hiervoor. De Stichting (inclusief het NVALT-datacenter) kan drempelloos worden benaderd voor het bespreken van nieuwe onderzoek ideeën. De stichting kan helpen met medisch wetenschappelijke en inhoudelijke kennis, waarbij er kennis is van de huidige stand van zaken maar ook van al potentieel overlappende lopende of nieuwe studie ideeën. Tevens kan meegedacht worden over methodologie en statistiek, het toetsen van het draagvlak voor een studie in Nederland en het bieden van een groot netwerk om studies uit te zetten. Ook werden de verschillen tussen Stichting als endorser en de Stichting als sponsor toegelicht, en de voordelen die beide opties kunnen bieden aan onderzoekers.

Natuurlijk werden de nodige NVALT studies met resultaten, lopende studies en studievoorstellen besproken.

Studies gesloten voor inclusie

- De **NVALT15** is een fase II studie waarin nintedanib werd geëvalueerd als 2e lijn behandeling bij patiënten met een FGFR1 amplificatie. 43 patiënten zijn geïncludeerd, verder onderzoek wordt ontmoedigd door een mediane PFS maar 1.9 maanden (primaire eindpunt) en een respons van 8%.
- De **NVALT17** (toevoegen cisplatin-pemetrexed aan eerste lijn erlotinib bij patiënten met EGFR+ NSCLC) is gepresenteerd op het jaarlijkse ERS-congres. Deze studie is vroegtijdig gesloten (22 patiënten geïncludeerd), waardoor geen harde conclusies getrokken kunnen worden. De mediane PFS (primaire eindpunt) was langer voor de combinatie arm (13.7 vs. 10.3 maanden).
- De **NVALT18** is een studie naar docetaxel met of zonder intercalated erlotinib bij progressief non-squamous niet-kleincellig longcarcinoom (EGFR & ALK WT) na eerdere platinumbevattende chemotherapie. Uit de resultaten van de 45 geïncludeerde patiënten bleek juist een nadelig effect van de combinatie behandeling, dat verder onderzoek naar deze behandelstrategie ontmoedigt.
- De **NVALT19** is een mesotheliomen studie waarbij werd gerandomiseerd tussen maintenance gemcitabine of observatie na afronden van eerste lijn platinum-pemetrexed. Al eerder is gepubliceerd dat de mediane PFS (primaire eindpunt) significant langer is met gemcitabine, de mediane overleving niet. Verder induceert gemcitabine een immuunrespons, en is de MESOPRO-score (geslacht, locatie en subtype mesotheliom, performance status, CYFRA 21-1, Hb, trombo's, AF, albumine) mogelijk belangrijk bij vervolgbehandelingen.
- De **NVALT22** is een fase 3 studie bij chemotherapie-naïeve stadium III/IV NSCLC patiënten met een KRAS mutatie, waarbij gerandomiseerd werd tussen carboplatin-paclitaxel-bevacizumab of cisplatin-pemetrexed. De eerste resultaten van de 203 geïncludeerde patiënten zijn gepresenteerd bij de ESMO 2021. De voorlopige uitkomst is dat er geen verschil is in de PFS. De studie is nog bezig met data-verzameling om ook iets te kunnen zeggen over de verschillen op langere termijn.
- In maart 2020 is de **NVALT24** studie (adjuvant durvalumab vs. placebo bij patiënten met compleet geresecteerd stadium IB-III NSCLC) gesloten voor inclusie, 39 van de 1446 gerandomiseerde patiënten zijn vanuit Nederland geïncludeerd. Het aantal events voor de eerste interim-analyse is inmiddels gehaald en in januari was er een database lock. Mocht de interim analyse positief zijn voor ziektevrij overleving dan zal er een late-breaking abstract voor ASCO ingediend worden.

Studies open voor inclusie

- In de **NVALT25**. ELDAPT ([co]-PI Prof. Dingemans, dr. van Loon, prof. Janssen-Heijnen) wordt de optimale behandeling van de oudere patiënt (75+) met stadium III NSCLC onderzocht. Dit omdat bekend is dat er zeker bij de oudere patiënt een balans gezocht moet worden tussen het te verwachten resultaat en de impact van de behandeling, inclusief toxiciteit. Op dit moment is deel 1 nog open, waarbij er een geriatrisch assessment plaatsvindt na stadium III diagnose.
- De **NVALT28/PRL01** ([co]-PI Prof. De Ruysscher, dr. Hendriks) is een fase III RCT waarbij patiënten met stadium III NSCLC,

behandeld met concurrent chemoradiatie, zonder progressie na de chemoradiatie en met een indicatie voor adjuvant durvalumab worden geïnccludeerd voor loting tussen durvalumab met of zonder lage-dosis PCI. Na chemoradiatie ontwikkelt ongeveer 30% van de patiënten hersenmetastasen (NVALT11 data), en het is bekend dat durvalumab de incidentie halveert, terwijl PCI ook de incidentie van hersenmetastasen vermindert met een hazard ratio van ongeveer 0.3. Tevens is bekend dat radiotherapie en immunotherapie synergistisch werken. Derhalve wordt in de NVALT28 onderzocht of een lage dosis PCI concurrent met adjuvante durvalumab de incidentie van hersenmetastasen verlaagd wordt tot maximaal 5%. Neurocognitie is een belangrijk secundair eindpunt.

- **De NVALT30** (Dedication-1, [co]-PI Prof. Van den Heuvel, dr. Ter Heine, dr Piet) is een fase III RCT waarbij patiënten met een gemetastaseerd NSCLC en een indicatie voor eerste lijn pembrolizumab worden geïnccludeerd. Pembrolizumab wordt zeer waarschijnlijk overgedoseerd, en dit zorgt voor extra kosten. Ook is bekend dat het merendeel van de patiënten geen lange termijn baat heeft bij immunotherapie. Patiënten worden gerandomiseerd tussen standaard dosis pembrolizumab of pembrolizumab met 25% dosisreductie. Primaire eindpunt is 1-jaars overleving, belangrijke secundaire eindpunten zijn overall survival en biomarkers voor response en toxiciteit.

Nieuwe studievoorstellen

Dr. Hartemink presenteerde drie studievoorstellen (UPLAN-1 en -II en PROTAN) voor stadium III NSCLC. De UPLAN-1 is een fase I multicenter studie waarbij de haalbaarheid van upfront resectie gevolgd door concurrente chemoradiatie (en durvalumab) wordt geëvalueerd bij groot volume of caviterende stadium III tumoren wordt onderzocht. Plan voor de UPLAN-II is om in een fase III RCT de opzet van de UPLAN-1 te vergelijken met de huidige standaard behandeling: concurrente chemoradiatie gevolgd door adjuvant durvalumab. In de fase III gerandomiseerde PROTAN-studie zal upfront chemoradiatie gevolgd door durvalumab vergeleken worden met upfront chemoradiatie, gevolgd door resectie en adjuvante durvalumab.

Gezien de te verwachten goedkeuring van adjuvante immunotherapie bij geresecteerd NSCLC, presenteerde prof. Van den Heuvel de plannen voor een Dedication-2-adjuvant studie, waarbij wordt geëvalueerd of een verkorte duur van immunotherapie voor vergelijkbare overleving zorgt.

Tevens presenteerde hij de OPA-lung studie, waarbij een uitgebreid biomarker onderzoek, inclusief bepaling van de minimal residual disease status, wordt geëvalueerd bij vroeg stadium geresecteerd NSCLC.

Helaas kan immunotherapie ook voor toxiciteit zorgen, en het kan vaak lastig zijn om te differentiëren tussen immunotherapie gerelateerde toxiciteit versus een andere oorzaak. Dr. Hendriks presenteerde de IDENTIFYING, een studievoorstel waarbij een combinatie van artificial intelligence en klinische parameters wordt ingezet om te differentiëren tussen immunotherapie geïnduceerde pneumonitis en andere vormen van pneumonitis.

Ook therapeutic drug monitoring is een hot topic. Dr. Van der Wekken presenteerde de LUNG-BOOST studie, waarbij plan is om afhankelijk van TKI-spiegels, boosting met comedatie toe te passen om of patiënten met een lage spiegel in de goede range te krijgen, of om kosten te besparen bij patiënten met een goede spiegel.

Ook werd tijdens de Dilemma's uitgebreid gediscussieerd over het nut van longkankerscreening, of we de behandeling van het maligne mesothelioom nu wel of niet moeten centraliseren, updates in adjuvante behandeling voor NSCLC en de implicaties hiervan voor moleculair onderzoek, en of echt iedere patiënt met een vroeg stadium NSCLC die een operatie moet krijgen, nu wel een lobectomie moet krijgen of dat een segmentectomie ook kan.

Tijdens de NVALT-studiedag was er ook aandacht voor scholing van ondersteunend personeel, met lezingen over longfunctie, anatomie en biomarkers. De RECIST-scholing was weer meer gericht op de longartsen omdat bij de meeste longkanker studies RECIST de basis vormt om de respons van de behandeling te meten.

Kortom, ondanks de beperkingen van een onlinebijeenkomst, een zeer geslaagde dag met volop ideeën en motivatie om er weer een mooi onderzoeksjaar van te maken.

De volgende studiedag staat alweer gepland,

SAVE THE DATE: 15 december 2022.

We hopen dat we dan de corona ellende zodanig achter ons gelaten hebben dat we weer een live bijeenkomst kunnen organiseren.

Astrid Keijser, NVALT-datacenter

Lizza Hendriks, secretaris stichting NVALT-studies

Michel van den Heuvel, voorzitter stichting NVALT-studies

Bonne Biesma, penningmeester stichting NVALT studies

Voor algemene zaken en nieuwe studies kunt u contact opnemen met de stichting NVALT-studies via: studies@nvalt.nl.

Op de website vindt u een overzicht van de contactpersonen voor de betreffende studies:

www.nvalt.nl/vereniging/nvalt-studies/contactpersonen

Indienen van een aanvraag voor een nieuwe NVALT studie

Hoofdonderzoeker dient vraag in bij Stichting NVALT studies

Een NVALT-gecertificeerd datacenter ondersteunt de hoofdonderzoeker bij het ontwikkelen van het protocol/ projectvoorstel

Wetenschapscommissies beoordelen een aanvraag voordat deze naar een financier wordt gestuurd

Stichting NVALT studies treedt op als sponsor of endorser. De stichting faciliteert en stelt de kwaliteitsnormen op

Bij interesse of vragen kan contact opgenomen worden met studies@NVALT.nl

Inzichten in diagnostische en prognostische biomarkers in interstitiële longziekten

Samenvatting proefschrift Sofia A. Moll

Universiteit Utrecht, 9 september 2021

Promotor: prof. Dr. J.C. Grutters

Copromotoren: dr. A.D.M. Vorselaars, dr. A.C.M. Platteel



De interstitiële longziekten (ILD) worden gekenmerkt worden door inflammatie en/of fibrosering en kunnen verschillende onderliggende oorzaken hebben. In de dagelijkse praktijk blijft de diagnosestelling een uitdaging, omdat patiënten met verschillende ILD's dezelfde klinische eigenschappen kunnen vertonen. Biomarkers kunnen fysiologische en pathologische processen en effect van therapie weerspiegelen, en mogelijk bijdragen aan het beter

karacteriseren van ILD's. In het proefschrift van Sofia Moll werd daarom de toepassing van serum biomarkers bij ILD's onderzocht. In hoofdstuk twee werd cancer antigen 15-3 (CA 15-3) onderzocht als biomarker voor effect van therapie en prognose bij patiënten met een fibrotische en niet-fibrotische vorm van hypersensitiviteits pneumonitis (HP), die behandeld werden met prednison of cyclofosfamide. Een vroege daling van serum CA 15-3 spiegels bleek voorspellend te zijn voor betere longfunctie uitkomsten in de toekomst. Bovendien leefden patiënten met forse spiegel dalingen gedurende therapie, langer vergeleken met patiënten met stabiele of stijgende serumspiegels. Het herhaaldelijk bepalen van serum CA 15-3 kan dienen als een voorspellende biomarker voor effect van therapie en prognose in dit type ILD.

Een vergelijkbare analyse werd uitgevoerd in patiënten met idiopathische longfibrose (IPF) en beschreven in hoofdstuk drie. Evaluatie van herhaaldelijke CA 15-3-metingen tijdens een behandeling van één jaar met pirfenidon of nintedanib toonde aan dat hoge serum-CA 15-3-spiegels gepaard gingen met een verminderde longfunctie. Bovendien hadden patiënten met verhoogde serumspiegels een minder lange overleving. Middels herhaaldelijke CA 15-3 metingen zou een slechtere overleving bij IPF-patiënten vroegtijdiger herkend kunnen worden.

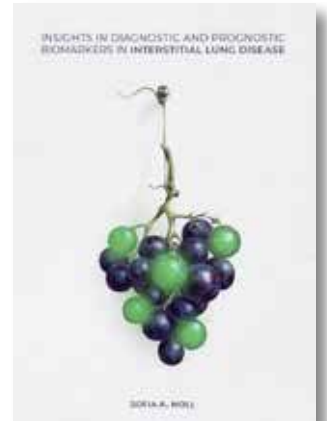
Hoofdstuk vier legde zich toe op biomarker CC-chemokine ligand 18 (CCL18). Bij IPF-patiënten en gezonde mensen werd de invloed van polymorfismen in het gen CCL18 op serum spiegels en overleving onderzocht. Deze polymorfismen bleken voor verschillen te zorgen in CCL18 mRNA expressie, de hoogte van serum CCL18 spiegels en eveneens overleving bij IPF. Serum CCL18 zou hierdoor als een prognostische biomarker in patiënten met IPF kunnen worden gebruikt.

Het tweede deel van het proefschrift richt zich op de toepassing van auto-antilichamen als biomarkers in verschillende ILD's. Tot op heden blijft het onduidelijk wat de klinische betekenis is van aanwezigheid van auto-antilichamen in ILD-patiënten zonder vastgestelde bindweefselaandoening (CTD). In groot studieverband werden patiënten met verschillende ILD's gescreend op antilichamen middels een line-blot-test op serum op het moment van diagnosestelling. In hoofdstuk vijf werden relatief onbekende myositis antilichamen onderzocht (antistoffen tegen Ks, Ha, Zo α en cN1A). Deze antilichamen bleken vaker bij ILD-patiënten voor te komen in vergelijking met gezonde mensen. Tevens werden deze antilichamen gevonden in zowel patiënten met CTD als andere ILD-subtypes, waaronder HP en IPF. De resultaten dragen bij aan de kennis dat myositis antilichamen aanwezig kunnen zijn in ILD zonder vastgestelde CTD.

In hoofdstuk zes werd vervolgens het voorkomen en de associaties van antilichamen van de reguliere myositis line-blot beschreven, waaruit eveneens bleek dat myositis antilichamen aanwezig kunnen zijn in ILD zonder vastgestelde CTD. Interessant was dat het voorkomen van antistoffen tegen Mi-2 β juist geassocieerd was met fibrotische ILD-subtypes, waaronder IPF en HP, en met een histologisch usual interstitial pneumonia (UIP) patroon. Om de klinische betekenis van deze bevindingen beter te begrijpen, werd een subgroep gescreend op de aanwezigheid van anti-Mi-2 β in bronchoalveolaire lavagevloeistof (BALf). Voor het eerst werd anti-Mi-2 β vastgesteld in BALf van ILD-patiënten. Een potentieel nieuwe diagnostische biomarker voor fibrotische ILD lijkt hierdoor te zijn geïdentificeerd.

Concluderend zou het invoeren van serum biomarkers in de dagelijkse praktijk kunnen bijdragen aan een nauwkeuriger diagnostisch onderzoek, monitoring van effect van behandeling, voorspelling van het ziekteverloop en vroegtijdige signalering van achteruitgang ziekte voor de individuele patiënt met ILD. Hiermee kan per individu afgewogen worden of bepaalde invasieve onderzoeken, inclusief bronchoscopie en biopsie, potentieel vermeden kunnen worden.

Het complete proefschrift kunt u downloaden op de [NVALT-website](#).



Expertise Centrum ILD

In de afgelopen ronde van aanvragen hebben we als AmsterdamUMC van de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) erkenning gekregen als expertisecentrum voor interstitiële longziekten (ILD). Na onze erkenning als expertisecentrum voor sarcoidose in 2018 is dit de tweede erkenning voor deze groep van aandoeningen. We hopen vanuit deze erkenning verder te kunnen bouwen aan de zorg voor patiënten met ILD en tevens aan het wetenschappelijk onderzoek bij deze groep van aandoeningen.

Belangrijk ook om te vermelden is dat deze erkenning zowel interstitiële longziekten bij kinderen als bij volwassenen betreft. We hopen dat daardoor de zorg voor patiënten ook op de kinderleeftijd, en ook de transitie van kinderarts naar longarts voor volwassenen beter geborgd is.

Ons vaste deel van het interstitiële longziekten-team bestaat momenteel uit 5 longartsen (Esther Nossent, Suzan Nijman, Bart Boerrigter, Peter Bonta en René Jonkers), een kinderlongarts (Suzanne Terheggen), een basaal wetenschappelijk onderzoeker (Jan Willem Duitman, en twee ILD-longverpleegkundigen (Astrid Smit en Robert Jan Slager). Verder zijn er regelmatig AIOS die de verdiepingsstage ILD doen, en fellows die zich na afloop van hun opleiding verder in de ILD verdiepen.

Zoals in andere ILD-klinieken centreert de zorg voor patiënten zich rondom multidisciplinaire overleggen (MDO's), zoals ons wekelijks eigen MDO. Verder ondersteunen we de zorg voor ILD-patiënten op afstand van zo'n 10 regionale ziekenhuizen. Dat gebeurt door maandelijks met ieder van die ziekenhuizen een MDO via een videoverbinding te houden. Voor de overgrote meerderheid van de zo ingebrachte patiënten lukt het goed om tot een diagnose te komen en een beleid te adviseren. Op indicatie kunnen patiënten worden verwezen voor het verkrijgen van een longbiopt (chirurgisch of via cryobiopoten), een specifieke behandeling of een second opinion.

Omdat we ook een expertisefunctie hebben voor pulmonale hypertensie (PH), richten we ons ook in het bijzonder op de behandeling van patiënten die ILD en PH hebben, wat vooral voorkomt bij systeemziekten zoals systemische sclerose. Wat dat laatste betreft is het belangrijk dat de afdeling Reumato-

logie expertisecentrum is voor deze aandoening Verder is de afdeling Reumatologie expertisecentrum voor vasculitis, en de afdeling Neurologie voor myositiden. In samenwerking met deze afdelingen behandelen we patiënten met resp. ziekten als GPA en EGPA, en met ILD bij een myositis. In dat kader is het wekelijkse systeemziekten-MDO, met vertegenwoordigers van alle specialismen betrokken bij de behandeling van deze aandoeningen, van belang.

Verder richten we ons op de behandeling van patiënten met een onderliggend ILD die behandeld moeten worden voor een longcarcinoom binnen het team met longoncologen, thoraxchirurgen en radiotherapeuten.

Een aparte categorie vormen kinderen met ILD. Omdat de ziekte zich op jonge leeftijd openbaart betekent dit in vrijwel alle gevallen dat er sprake is van een erfelijk aanleg. En, waar alle vormen van ILD op de volwassen leeftijd al onder de categorie zeldzame aandoeningen vallen, is ILD bij kinderen een ultrazeldzame situatie.

Wat het wetenschappelijk onderzoek betreft richten we ons enerzijds op de diagnostiek bij ILD door het evalueren en optimaliseren van bestaande diagnostische trajecten en nieuwe diagnostische technieken. Dat laatste betreft onder andere nieuwe vormen van beeldvorming tot op microscopisch niveau. Dit onderzoek wordt gedaan in samenwerking met de collega's Kirsten Kalverda, Hans Daniels en Jouke Annema. Anderzijds doen we translationeel onderzoek naar mechanismen die een rol spelen bij de ontwikkeling van progressieve longfibrose. Daarvoor hebben we ook database gecombineerd met een biobank met patiëntmaterialen opgezet.

We hopen met ons expertisecentrum een bijdrage te kunnen leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor patiënten met ILD, en door het wetenschappelijk onderzoek in de toekomst de diagnostiek bij, en behandeling van, patiënten met ILD te kunnen verbeteren.

*René Jonkers
Amsterdam UMC*



Actie 'Geef de zorg wat lucht in het nieuwe jaar' werd gewaardeerd!

160 cadeaumanden, 160 planten, 6.400 zeepjes en handlotion en nog meer thee en chocolaatjes! Drie dagen lang was de bezorgdienst bezig om alle ziekenhuizen in Nederland te voorzien van de cadeaumanden die door alle longartsen aan de verpleegkundigen zijn gegeven. Met deze actie heeft de NVALT namens én met alle longartsen van Nederland het verplegend personeel bedankt voor hun aanhoudende inzet en flexibiliteit van de afgelopen twee jaar. De longartsen zien dagelijks wat voor een impact dit heeft op de mensen en met deze actie wilde de NVALT dat graag laten merken. Dat werd zeer gewaardeerd gezien de vele positieve reacties!



Aanleiding voor deze actie was een telefoontje van longarts Erik Kapteijns aan radiostation KINK tijdens de Corona-crisis. Het verhaal van Erik greep KINK-DJ Tim Op het Broek dusdanig aan, dat hij graag wat terug wilde doen in de vorm van een radiomarathon en wel tijdens de kerstperiode. In november is het contact met de NVALT gelegd om met elkaar een bestemming voor het opgehaalde geld te bepalen. Al snel was het idee geboren om het verplegend personeel dat werkzaam is op de COVID-afdelingen te verblijden met wat positiefs. In de week tussen Kerst en Oud en Nieuw is vervolgens vijf dagen lang 18 uur per dag de Album Top 1000 gepresenteerd door Tim. Meer dan 2.000 mensen hebben gedoneerd en een positieve reactie achtergelaten. De radiomarathon heeft ruim 57.000 euro opgeleverd!

Het samenstellen en vooral versturen van de cadeaumanden was een grote logistieke operatie. Gelukkig is het merendeel van de cadeaumanden in goede orde ontvangen in de

ziekenhuizen en op de juiste plek beland, in enkele ziekenhuizen zijn er helaas wat manden gaan zwerven. Als NVALT kregen we vele positieve reacties: mooie foto's van enthousiaste verpleegkundigen, reacties van longartsen dat zij deze actie zo waarden, LinkedIn-berichten van ziekenhuizen en Instagram-berichten. Zelfs Hart van Nederland besteedde aandacht aan deze mooie actie: vanuit het Erasmus MC is een mooi item samengesteld waarin Leon van den Toorn en KINK-DJ TIM de cadeaumanden hebben gegeven.

Als NVALT hopen we dat het bijdraagt aan het gevoel van waardering voor onze verpleegkundigen, want dat was het uiteindelijke doel. Hierbij een compilatie van mooie foto's die wij hebben ontvangen.

*Leon van den Toorn
Ingrid van der Gun*

>>



ErasmusMC

**GEEF DE ZORG WAT LUCHT
IN HET NIEUWE JAAR!**

Cadeautje voor jou

Alsjeblieft, een kleinigheid voor jou en je collega's van de longafdeling en de IC, als dank voor je geweldige inzet tijdens de Corona-pandemie. Een klein gebaar namens alle longartsen van Nederland en radiostation KINK om 2022 positief te beginnen. Dit gebaar is mogelijk gemaakt door een radiomathon van KINK-DJ Tim Op het Broek en omdat meer dan 2000 luisteraars hebben gedoneerd.

Julie werken met hand, hart en hoofd voor de patiënt. Dat wordt enorm gewaardeerd en dat laten we graag merken.

Samen gaan we voor een nieuw jaar met meer lucht en ruimte, waarin we blijven groeien in de longzorg en ons blijven inzetten voor behoud van werkplezier en motivatie!

Dank je wel dat jij er bent!

Namens alle longartsen van Nederland en radiostation KINK,
De Nederlandse Vereniging voor Artsen Longziekten en Tuberculose (NVALT) bestuur en bureau
Radiostation KINK, Tim Op het Broek

KINK
— ALBUM TOP 1000
MET ZORG



AmsterdamUMC



SKB



Maxima



Gelre IC



MCL



Dijklander



Ikazia

De vertwijfelde man

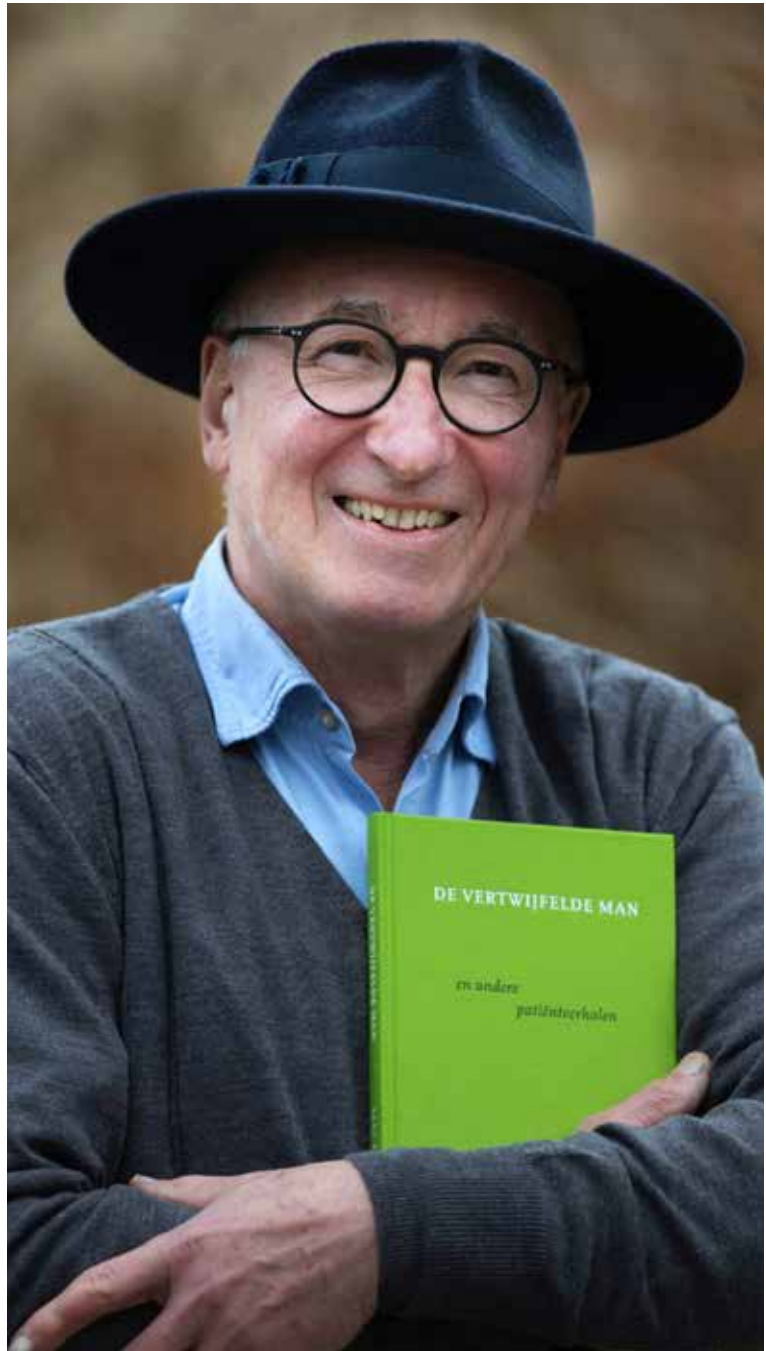
Door de begeleiding van terminale patiënten en hun familie heeft longarts Bert Baas geleerd dat luisteren, nog meer dan praten, een vaardigheid is die je moet ontwikkelen. Ze vertrouwden hem vaak hun levensverhaal toe en even was hij onderdeel van hun leven. Na het afscheid bleven de herinneringen over: verdrietig maar ook vaak mooi.

Elke patiënt heeft Bert op zijn of haar eigen manier geraakt, maar sommige ontmoetingen bleven hem in het bijzonder bij. Hun levensverhaal of de manier waarop zij met hun ziekte omgingen raakte hem. Een paar van die ontmoetingen heeft hij opgeschreven en gebundeld in 'De vertwijfelde man'.

“Zolang als ik me kan herinneren heb ik al verhalen gelezen en geschreven. Schrijven is voor mij een manier om me tot de werkelijkheid te verhouden. Belevissen, indrukken en ontmoetingen roepen een gevoel op. De eerste momenten is er alleen het besef dat er ‘iets’ is, de emotie is aanvankelijk nog niet duidelijk, heeft nog geen betekenis. Woorden en taal helpen om dat nog onbenoemde verder te verduidelijken, een passend woord te zoeken om dat gevoel te beschrijven. Een verhaal toont hoe je de wereld hebt gezien, welk gevoel je daarbij kreeg. Zo brengt elk verhaal weer een andere kijk op de wereld.

Iedere arts heeft zijn eigen verhalen over mensen, gebeurtenissen die hij heeft meegemaakt in zijn carrière. In de ‘vertwijfelde man en andere patiëntverhalen’ zijn dit mijn verhalen over bijzondere mensen die een blijvende indruk hebben achtergelaten. Op de een of ander wijze hebben ze me ontroert, geraakt. Sommige verhalen zijn al meer dan veertig jaar geleden opgetekend, net zoals de, soms pijnlijke, ervaringen uit mijn opleidingstijd. Vrijwel iedereen die ik beschrijf is inmiddels overleden en waar mogelijk heb ik er alles aangedaan om hen en de families niet herkenbaar te laten zijn. Uiteindelijk weet alleen ik nog wie ze waren en waarom ik hun verhaal heb opgeschreven.”

Bert Baas



De verzetsheld

Hij kwam de kamer binnen en de sfeer was onmiddellijk anders. Ik voelde de rust van een man die geen angst kent, voor wie de wereld geen bedreiging vormt. Later begreep ik waarom dat zo was. Ik had hem toen al beter leren kennen, ons contact was intenser, intiemer dan van een arts verwacht mocht worden. Waarom dat zo was ontstaan, begreep ik ook pas later. De eerste keer kwam hij nog met zijn vrouw en een dochter, maar in het vervolg steeds alleen. Ook hij voelde dat we meer te bespreken hadden dan de uitslag van een onderzoek of de vraag welke behandeling geschikt was.

Ik voelde dat zijn levensgeschiedenis hem had gemaakt tot de man die tegenover mij zat. En ik wilde zijn verhaal leren kennen. “Vertel me eens over uw verleden”, vroeg ik de tweede keer dat ik hem zag. Bescheiden nam hij mij mee naar de Tweede Wereldoorlog, zijn oorlog, zijn leven. Deze man bleek een echte verzetsheld te zijn geweest, gedecoreerd met de allerhoogste onderscheidingen. Een van de groten van ons land. Steeds minder mensen kenden zijn naam nog of wisten welke heldendaden hij had verricht, maar dat stoorde hem niet.

Er zat nog een andere component aan ons bijzondere contact. De man leek sprekend op mijn vader die een paar weken eerder was overleden, hetzelfde statige postuur, het ‘50-plus-buikje’ en het glimmende kale koppie. Ze waren notabene in hetzelfde jaar, 1919, geboren! Maar de overeenkomst hield niet op bij uiterlijkheden. Ik was erachter gekomen dat mijn vader veel over zijn oorlogsverleden niet had verteld en dat ook hij bijzondere dingen had meegemaakt. Hij sprak zelden over die periode net als zovelen van zijn generatie, die elke dag de oorlog in stilte bij zich droegen. Ik heb hem nooit naar die tijd gevraagd, iets waar ik achteraf spijt van heb. Ook al sprak ik niet veel met mijn vader, hij was wel mijn levende voorbeeld en nu moest ik zonder hem verder. Ik miste hem elke dag. De ontmoeting met deze man leek een kans om in te halen wat ik had laten liggen. Achteraf besef ik dat ik door het verdriet over mijn vader op zoek was naar een vaderfiguur en die vond ik in hem. De kracht en de moed van deze oorlogsheld inspireerden mij.

De diagnose was longkanker. Hij accepteerde het rustig. Ik niet. Een operatie was mogelijk, maar daar voelde hij niets voor. “Ik heb zo vaak oog in oog met de dood gestaan, dat ik daar niet bang meer voor ben”, zei hij. En dat was geen grootspraak. Zonder behandeling had hij waarschijnlijk nog een jaar te leven. Ik wilde niet opnieuw een vader verliezen. Het onderhandelen begon. Samen spraken we over de zin van het leven en de verantwoordelijkheden die dat met zich meebracht. De betekenis die hij voor zovelen nog had. Hij glimlachte geduldig. “Al die overwegingen heb ik zo vaak in mijn leven moeten maken, ik herken ze daarom ook zo goed.” Hij vervolgde: “Ik heb mensen moeten doden, dus ik weet heel goed hoe waardevol het leven is.”

Hij was niet bang voor de operatie, niet voor de pijn en niet voor de dood – nee, het was goed zo. “Het einde moet toch een keer komen, net als voor jouw vader”, sprak hij. Dit soort dingen konden we elkaar zeggen, er was al zoveel wederzijds vertrouwen opgebouwd. “Nu kan ik me tenminste heel rustig voorbereiden en afscheid nemen.”

Maar ik gaf me niet zomaar gewonnen. Er waren nog jaren te winnen. Redenen te over om nog door te willen... In zijn vrouw en kinderen vond ik medestanders. We oefenden morele druk uit, ingegeven door liefde. En langzaam won ik terrein. “Misschien heb je gelijk, en is niets doen wel de gemakkelijkste weg.” Hij gaf zich over.

Op maandagmorgen werd hij geopereerd. Twee dagen later kreeg ik vroeg in de ochtend een telefoontje dat hij dood in bed was gevonden door een verpleegkundige. Zijn kamergenoten hadden niets gemerkt. Zo had hij niet mogen sterven – alleen, zonder ons. Zo voelde dat. Zo’n bijzondere man en dan zo’n eenzame dood, zonder afscheid. Maar misschien deed dit wel recht aan zijn leven. En sterven we op de manier zoals we hebben geleefd...

Achteraf bleek de operatie genezend te zijn geweest: de tumor was helemaal verwijderd.

JURIDISCH ADVIES

Bel 088 – 134 41 12

Het Kennis- en dienstverleningscentrum van de Federatie Medisch Specialisten en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) geeft juridisch advies bij onder andere arbeidsconflicten, opleidingsgeschillen en MSB-contracten. Bent u aangesloten bij de Federatie of lid van de LAD, dan krijgt u kosteloos voor 20 uur juridische ondersteuning per jaar. Onze juristen en andere medewerkers weten wat er speelt in uw dagelijkse praktijk. Daardoor kunnen wij u goed ondersteunen, en u kunt doen wat u wilt doen: de beste zorg geven.

ARBEIDSRECHT

Ruim twee derde van de vragen gaat over arbeidsrechtelijke kwesties. Als u in een arbeidsconflict belandt, in een lastig re-integratietraject zit of zich afvraagt of uw werkrooster wel conform de wet of cao is, kunnen onze juristen u bijstaan. Indien nodig kunnen wij ook voor u procederen bij de rechter.

ONDERNEMERSZAKEN

Een kwart van alle juridische vragen heeft betrekking op ondernemingsrecht en gaat bijvoorbeeld over verdelafspraken, goodwill, ondernemerschap en het besturen van MSB's. Onze juristen geven daarnaast advies bij waarnemingsproblemen, samenwerkings- en zzp-contracten.

GEZONDHEIDSRECHT

Medisch specialisten en wetenschappelijke verenigingen kunnen bij ons terecht met juridische vragen over gezondheidsrechtelijke onderwerpen, zoals calamiteiten en kwaliteitsvisitaties. Ook kunnen we u ondersteunen bij (dis)functioneren, klachtenregelingen, gedragscodes en wetgeving.

VERENIGINGSZAKEN

Het Kennis- en dienstverleningscentrum is er ook voor de wetenschappelijke verenigingen die zijn aangesloten bij de Federatie. We kunnen hen bijvoorbeeld adviseren bij verenigingsrechtelijke wet- en regelgeving.

OPLEIDING

Geen arts in opleiding zit erop te wachten, maar helaas ontstaan er soms problemen tijdens de opleiding, bijvoorbeeld als de opleider ontevreden is of als er discussie ontstaat over het rooster van aios. Onze juristen staan aios in dat soort zaken bij, ook als het op een geschillenprocedure aankomt.

COLLECTIEVE VRAAGSTUKKEN

We kunnen u adviseren bij het opzetten en (her)inrichten van een vereniging van zorgprofessionals, zoals een medische staf, VMSD of MSB. Doel is uw positie in uw instelling te versterken. Indien nodig betrekken we hier ook een beleidsadviseur of onderhandelaar van de Federatie of de LAD bij.

RECHTSBIJSTAND BIJ TUCHT-, KLACHT- OF STRAFZAKEN

Werkt u in dienstverband? Dan heeft u ook recht op juridisch advies en rechtsbijstand bij tucht-, klacht- of strafzaken, zowel in eerste aanleg als in hoger beroep en cassatie. We hebben daarvoor een overeenkomst gesloten met VvAA Rechtsbijstand.

MEER INFORMATIE

Wij zijn op werkdagen telefonisch bereikbaar tussen 8.30 uur en 17.30 uur via 088 – 134 41 12. U kunt uw vraag ook mailen naar info@demedischspecialist.nl of bureau@lad.nl. Meer informatie vindt u op www.demedischspecialist.nl en www.lad.nl.



Enkele belangrijke data

- ESCMID, Nijmegen (NL) 24 t/m 25 maart
- Congres ZonMw goed gebruik geneesmiddelen 31 maart
- ERS Virtual masterclass on ILD 5 t/m 6 april 2022
- Longartsenweek, Ermelo (NL) 12 t/m 13 april 2022
- Voortgangstoets, digitaal 22 april 2022
- Fysiologie in de klinische praktijk 11 mei 2022
- ATS 2022, San Francisco, California (VS) 13 t/m 18 mei 2022
- Andreas Cursus, AmsterdamUMC (NL) 16 t/m 17 juni 2022
- ERS EBUS Course, Amsterdam (NL) 28 t/m 29 juni 2022
- ASCO 2022, Chicago (VS) 3 t/m 7 juni 2022
- ERS, Barcelona (ES) 3 t/m 7 september 2022
- ESMO, Parijs (FR) 9 t/m 13 September 2022
- ACCP, North Bethesda (VS) 25 t/m 27 september 2022
- Najaarscongres, Papendal Arnhem (NL) 4 t/m 5 oktober 2022
- Bronkhorst Veldhoven (NL) 17 t/m 19 november 2022

Alle geaccrediteerde nascholingen vindt op de congresagenda van PE-online.
<https://www.pe-online.org/public/index.aspx?pid=73>

Kandidaat-leden

Andries Been
Physician Assistant
Gelre Ziekenhuizen



Karen Moor
AIOS Longziekten
Erasmus MC



Josy van den Boogaard
Arts maatschappij en gezondheid
RIVM



Mathieu Nicolai
AIOS Longziekten
Medisch Centrum Leeuwarden



Suzanne van Es
AIOS Longziekten
Spaarne Gasthuis Haarlem



Stijn Nuijten
AIOS Longziekten
Maastricht Universitair Medisch Centrum



Diederik Feen
AIOS Longziekten
Spaarne Gasthuis Haarlem



Frank Oosterveer
Physician Assistant
Amsterdam UMC (VUMC)



Wietse Geerts
AIOS Longziekten
Radboudumc



Emmely de Roos
AIOS Longziekten
Franciscus Gasthuis & Vlietland



Lieke van Gemert-Wolfs
Physician assistant
Sint Anna Zorggroep



Corlien Slingerland
Verpleegkundig specialist
Universitair Medisch Centrum Utrecht



Annika Goorsenberg
AIOS Longziekten
Amsterdam UMC



Nelleke Tak-van Jaarsveld
Verpleegkundig specialist
Erasmus MC



Marloes van Haaster
AIOS Longziekten
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis



Tjitske Tjalma
AIOS Longziekten
Amphia Ziekenhuis



Danielle Laurijsen
Verpleegkundig specialist
Universitair Medisch Centrum Utrecht



Peter de Vries
Physician Assistant
Isala Klinieken



Ingrid de Leeuw
Verpleegkundig specialist
Bravis Ziekenhuis



Kirsten Looman
AIOS Longziekten
Erasmus MC



Nieuw benoemde longartsen

Viresh Jagesar, opgeleid in
OLVG Oost
Amsterdam



Wendy Laijen, opgeleid in
Medisch Centrum Leeuwarden
Leeuwarden



Elske Luiten, opgeleid in
Medisch Spectrum Twente
Enschede



Lysbert Meijer-Schaap, opgeleid in
Universitair Medisch Centrum Groningen
Groningen



Mark de Mol, opgeleid in
Amphia Ziekenhuis
Breda



Jorn Nutzinger, opgeleid in
Leids Universitair Medisch Centrum
Leiden



Rob Schönwetter, opgeleid in
Sint Antonius Ziekenhuis
Utrecht



Karlijn Schulkes, opgeleid in
Universitair Medisch Centrum Utrecht
Utrecht



Romina Sluga, opgeleid in
Sint Antonius Ziekenhuis
Nieuwegein



Illaa Smesseim, opgeleid in
Spaarne Gasthuis
Hoofddorp



Anouk Spaanderman, opgeleid in
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis
Nijmegen



Erlijn Tiel Groenestege, opgeleid in
Franciscus Gasthuis & Vlietland
Rotterdam



Guus Westerhof, opgeleid in
Amsterdam UMC (AMC)
Amsterdam



Erica van der Wiel, opgeleid in
Universitair Medisch Centrum Groningen
Groningen



Nieuwe senior leden

Jan Willem de Jong
Ommelander Ziekenhuis
Groningen



Arjan Rudolphus
Franciscus Gasthuis en Vlietland
Rotterdam



Ad Schreurs
Jeroen Bosch Ziekenhuis
's-Hertogenbosch

