

PulmoScript

Jaargang 33 ♦ september 2022 ♦ 3



- ◆ Stoptober
- ◆ Behandeladvies bij COVID-19
- ◆ Afscheidssymposium Marjolein Drent

Inhoud

Voorwoord	5
Bestuur	
Van de voorzitter	6
Van de secretaris	9
De NVALT is volop in beweging!	10
Uitreiking 'Draak van Corona'	11
Commissies en secties	
Vanuit de AIOS: AIOS-enquête	12
Refereeravond Malta	15
Behandeladvies bij COVID-19	16
SPZ Herziening richtlijn Palliatieve sedatie	18
STB Training tot Tuberculosecoördinator	20
Rubrieken	
Klaar: Marjolein Drent	22
Jonge Klare in de Kijker: Mirjam Wiegman	24
Opleiding in de Kijker: UMCG	26
Stoptober	27
Stoppen met roken enquête	29
Nascholing	
De medisch specialist als ziekenhuisbestuurder	30
The Early Life Adaptive Immunity	32
Clinical care optimization for patients with a thymic tumor	33
En verder:	
Amsterdams Longcongres	35
Thuisbeademing monitoring	36
Expertisecentrum congenitale & perinatale longziekten	37
Tuberculose en longrevalidatie	40
125 Jaar Nederlands Astmacentrum Davos	42
125 jaar astmaVereniging Nederland en Davos	44
Roze in wit	45
Personalía	46
Congresagenda	49



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:
Hans-Jurgen Mager

Uiterste datum voor insturen kopij

nr. 4, 10 november 2022

PulmoScript verschijnt eenmaal per kwartaal in een oplage van 1450 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

Voor de meesten van ons zit de vakantie er inmiddels op. Zo ook voor mij. Gevalletje autopech achter de rug, maar verder genoten van zon, zee en strand. Tijdens die paar weken is er weer even tijd om alles wat te overzien. Wat lopen we toch hard en wat willen we toch veel! De veranderingen in de maatschappij volgen als het logge instituut wat we als ziekenhuizen zijn: een onmogelijke taak. Duidelijk is dat we beter moeten vooruitzien en niet reactief proberen te zijn op veranderingen. Maar hoe doe je dat?

Ik hoop van harte dat de werkgroep 'longarts van de toekomst' hier rekening mee probeert te houden en probeert niet te anticiperen, maar vooruit te zien op de ontwikkelingen in hun adviezen en zo de longarts toekomstbestendig te maken voor de veranderingen die er nu eenmaal aan (moeten) komen. Maar dat vergt ook wat van ons. Dat vergt dat we niet vastzitten in oude structuren en openstaan voor verandering.

Eén van de dingen waar we rekening mee moeten houden is de werkdruk. Iedereen ervaart werkdruk, welke discipline dan ook. Maar leggen we die ons ook niet teveel zelf op? Kijk naar de sociale media en het gebruik ervan. Hoe een Tim den Besten wordt afgemaakt nadat hij op de Pride iemand toezong. Kijk om je heen en zie hoe je kinderen soms onder druk worden gezet in de nieuwe wereld. Soms verlang ik terug naar de wereld zonder internet (ja ja, zo oud ben ik), maar weet dat ik vooruit moet lopen en niet moet stilstaan. Laten we onszelf niet teveel opjagen? Ook ik hoor. Ik doe net zo hard mee.

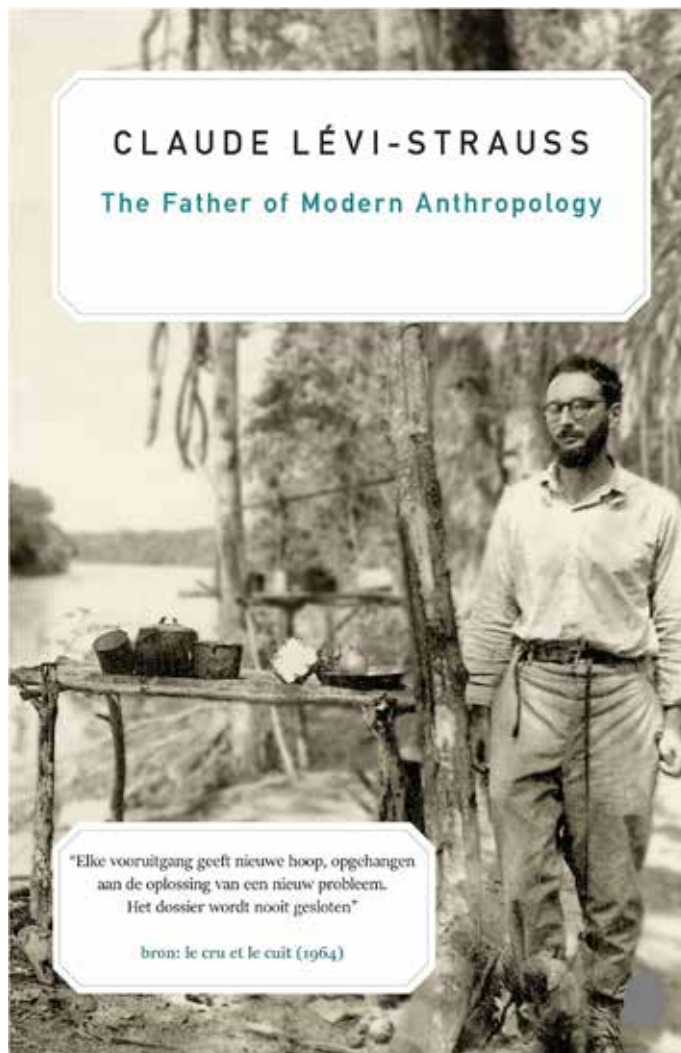
Laten we proberen de balans tussen werk en privé weer te vinden en hopen dat we als longartsen een organisatie neer zetten die dit mogelijk maakt. Want ik denk (net als Marcel Levi trouwens) dat we het meeste winnen als we de controle over de organisatie van werk weer weten terug te vinden.

"elke vooruitgang geeft nieuwe hoop, opgehangen aan de oplossing van een nieuw probleem. Het dossier wordt nooit gesloten"

Claude Levi Straus, frans anthropoloog ; bron: le cru et le cuit (1964)

Heel veel leesplezier.

Peter Kunst



Van de voorzitter

Jongeren gaan steeds meer dampen, zeker als de maatregelen verdampen...

Beste collega's,

Laat ik mijn voorzitterscolumn starten met het geven van een kleine impressie van een willekeurige zaterdagavond in een bekende uitgaansgelegenheid in Rotterdam. Een ongeveer 18-jarige jongen pakt uit zijn broekzak een USB-stick-achtig apparaatje en neemt een paar trekjes, gevolgd door het in de ruimte uitblazen van een flinke wolk. Zijn vrienden en vriendinnen komen geïnteresseerd bij hem staan, alle aandacht wordt naar hem toe gezogen. Hij staat opeens in het middelpunt van de belangstelling. Het bewuste apparaatje gaat de kring rond, iedereen knikt goedkeurend, neemt een paar trekjes en blaast een wolk uit. De rondgang lijkt niet geheel corona-proof plaats te vinden, maar goed, we gaan het nu even niet over corona hebben. Het enthousiasme is groot, het gespreksonderwerp is neergezet. De 18-jarige wordt gezien als ervaringsdeskundige en mag uitleggen wat er allemaal te koop is, hoe het smaakt, en hoe gemakkelijk het is in het gebruik. Het gebruik wordt opvallend genoeg gedoogd door de portier en ook in andere uitgaansgelegenheden lijkt dat het geval.

Ik heb het uiteraard over dampen (Engelse term vaperen), dat in populariteit aan het winnen is, helaas vooral onder (erg) jongeren. Jongeren? Het was toch ooit bedoeld om van het roken af te komen? Inderdaad was dat bij de opkomst van de e-sigaret, ontworpen in China in 2003, de gedachte, maar een hip, leuk gekleurd apparaatje met een vloeistof die na verdampen naar frambozen smaakt kan je toch niet aan je voorbij laten gaan? Zeker niet als je van die coole wolken kunt uitblazen, je het apparaatje steeds tussendoor gewoon in je zak kunt stoppen en het nauwelijks schadelijk is voor de gezondheid. Nauwelijks schadelijk? Ja, want er is 'onomstotelijk' bewezen dat de e-sigaret 95% minder schadelijk is dan de gewone sigaret, aldus de 'believers', die geheel toevallig nogal eens banden met de tabaksindustrie hebben. Critici geven echter hierop aan dat het bewuste 'bewijs' op een nogal dubieus-wetenschappelijke wijze tot stand is gekomen. In 2015 rapporteerde Public Health England dat e-sigaretten ongeveer 95% minder schadelijk zijn dan tabakssigaretten. Dit rapport heeft veel aandacht gekregen in de media en wordt veelvuldig aangehaald, met name door de e-sigarettenindustrie en de gebruikers zelf. Maar hoe kwam het cijfer nu precies tot stand? Aan 12 'experts' werd destijds gevraagd een inschatting te maken van de schadelijkheid van verschillende nicotineproducten, gebruik makend van een schaal van 1 (niet schadelijk) tot 100 (extreem schadelijk). Bij een gemiddelde score van 99 voor sigaretten en 4 voor e-sigaretten werd



geconcludeerd dat e-sigaretten dus 95% minder schadelijk zijn. Hoe mooi kan wetenschap zijn? Een 'echte' wetenschappelijke onderbouwing werd echter nooit gegeven. Tevens bleek later dat verschillende van de gevraagde experts betrokken waren bij de tabaks- en e-sigarettenindustrie. Het blijft altijd een zeer illustratief voorbeeld van misleiding van de publieke opinie waarbij gebruik wordt gemaakt van valse feiten.

Om goed te begrijpen waarom het dampen wel degelijk schadelijk zou kunnen zijn is een korte cursus 'e-sigaretten voor dummies' wellicht op zijn plaats: Het apparaatje bestaat uit drie onderdelen: een verstuiver, een batterij en een patroon of ampul (cartridge) met de e-vloeistof. De batterij wordt aangezet door een schakelaar en de meeste modellen zijn op te laden via een USB aansluiting. De batterij warmt de verstuiver op, de e-vloeistof verdampt en de gebruiker inhaleert de damp. Meer dan de helft van de vloeistof bestaat uit dragerstoffen, vooral propyleenglycol en glycerol. Herhaalde blootstelling daaraan kan de luchtwegen irriteren (inmiddels is duidelijk dat dit kan leiden tot astma-aanvallen, bloedingen, ontstekingen en infecties) maar de lange termijn effecten zijn nog niet goed bekend. Wel kunnen bij de verhitting van vooral glycerol afbraakproducten/toxines ontstaan zoals formaldehyde en acroleïne, die bewezen schadelijk zijn voor de gezondheid. Daarnaast bevatten vrijwel alle e-sigaretten nicotine, hetgeen de e-sigaret een verslavend product maakt. Verschillende e-sigaretten, waaronder sommige 'podmods' gebruiken nicotinezouten, die extra verslavend zijn doordat ze de nicotine sneller en in hogere piekconcentraties afleveren. De maximaal toegestane dosis nicotine is 20 mg/ml. Naast

nicotine en dragerstoffen kan aan de vloeistof een veelheid aan smaakjes worden toegevoegd, vooral vele snoep- en fruitsmaken, waardoor het aantal mogelijke combinaties van stoffen in de e-sigaret ogenschijnlijk eindeloos is. Je moet eigenlijk zowel chemicus als elektrotechnicus zijn om te begrijpen wat de verdampte vloeistof vervolgens allemaal in je luchtwegen kan aanrichten. Smaakstoffen verhogen natuurlijk de aantrekkelijkheid van de e-sigaret en verbloemen de prikkelende smaak van nicotine. Vanwege de vele kleurtjes, geurtjes en smaken vertoont het bezoeken van een e-sigarettenwinkel veel overeenkomsten met het rondkijken in een snoepwinkel. Daarbij zijn de smaakstoffen zelf niet zo onschuldig als het lijkt. Kaneel in verdampte vorm inhaleren is namelijk iets anders dan kaneel eten, hetgeen niet altijd bij de Nederlandse Voedsel en Waren Autoriteit lijkt te zijn doorgedrongen. Van enkele smaakstoffen is al wel bekend dat ze schadelijk kunnen zijn. Berucht zijn bijvoorbeeld botersmaakstof (diacetyl), dat bij blootstelling kan leiden tot de zogenaamde 'popcorn-longen' en ook kaneelsmaak kan leiden tot schade aan het DNA en celdood.

Maar hoe schadelijk is de e-sigaret dan precies? Dat is nog niet goed te zeggen, en zeker de lange termijn effecten zijn nog grotendeels onbekend (zijn we bij de gewone sigaretten niet ook ooit zo begonnen?) maar dat het een schadelijk en verslavend product betreft is wel onomstotelijk vastgesteld. Of het dampen een goede manier is om te stoppen met roken is daarnaast ook allerminst zeker. Het overgrote deel van de 'stoppers' blijft hangen aan de e-sigaret en de meesten blijven ook nog 'dual-user', hetgeen nog schadelijker lijkt te zijn dan het roken van sigaretten alleen. Hooguit voor een enkeling zal de e-sigaret dus een methode kunnen zijn om van gewone sigaretten af te komen.



E-smoken stuk populairder nu blijkt dat je er ook dood aan gaat

DE SPELD

Al met al kunnen we stellen dat de e-sigaret niet zo onschuldig is als hij lijkt en kunnen we het dus gerust een wolf in schaapskleren noemen. Onze luchtwegen zijn simpelweg niet bedoeld om verwarmde vloeistof met allerlei schadelijke stoffen naar de longblaasjes te geleiden.

Ondanks dat exacte cijfers van de laatste twee jaar nog ontbreken bestaat sterk de indruk dat het gebruik onder jongeren fors toeneemt en dat het dampen een opstap is naar het roken van sigaretten op latere leeftijd. Maatregelen en wetgeving zijn dus nodig, waaronder het verbieden van smaakjes, het terugdringen van de maximaal toegestane hoeveelheid nicotine, het verminderen van het aantal verkooppunten, het ontwerpen van een vergunningstelsel voor winkels die rookwaar mogen verkopen, een verbod op online verkoop en het verhogen van de prijs. Het ministerie van VWS, met staatssecretaris Maarten van Ooijen in de frontlinie, leek goed op weg met een aantal van deze maatregelen, maar helaas zijn het verbieden van de smaakjes (alleen de tabakssmaak mag overblijven) en het verbod op online verkoop uitgesteld naar 2023, waardoor vele jongeren in de tussentijd helaas verslaafd zullen gaan raken. Ook zien we dat bekende webwinkels zoals Roken.nl in hoog tempo gaan investeren in fysieke winkels en dat supermarkten een rookfiliaal gaan openen tegenover de supermarkt om zo het verbod tot verkoop van rookwaar in de supermarkten, ingaande 2024, te omzeilen. Ook wordt er gesjoemeld met het aangescherpte reclameverbod en wordt het verbod op het dampen in uitgaansgelegenheden, zoals aangegeven aan het begin van deze column, niet goed nageleefd.

Er is nog veel te doen.....

Een rookvrije generatie is ook een vapevrije generatie!

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

Leon van den Toorn

Van de secretaris

Het jaar van de tijger

Het jaar 2022 is voor de Chinezen het jaar van de tijger. Tot nu toe wordt het nieuws in het jaar van de tijger vooral gedomineerd door crises: stikstofcrisis, gascrisis, crisis/oorlog in Oekraïne, klimaatcrisis, droogte, inflatie en (dreigende) economische crisis. Al die crises leveren wel nieuwe woorden op, zoals energie-armoede en stikstofbemiddelaar. Gelukkig is er ook goed nieuws. De Coronacrisis is misschien nog niet volledig bedwongen, maar vooralsnog wel goed hanteerbaar en door de GGD worden thans maatregelen getroffen voor grootscheepse booster-vaccinaties. Het bureau van de NVALT is uitgebreid met twee nieuwe medewerkers, met wie het bestuur van de NVALT zeer blij is en met wie verdere professionalisering van de NVALT vorm gegeven kan worden. Elders in deze PulmoScript kunt u er meer over lezen, in een stukje van Ingrid van der Gun. Voorts heeft collega Bart de Brouwer de Jan-Willem-staat-op-thermomok gewonnen: feilloos wist hij 5 intro's van liedjes uit de jaren 70 te herkennen.

Op ander vlak is er ook goed nieuws: de katten in de regio Walldorf (Duitsland) waren enkele maanden in lockdown; ze moesten binnen blijven omdat de beschermde kuifleeuwerik op de grond broedt en op die manier een makkelijke prooi zou zijn voor de katten. Inmiddels is het broedseizoen voorbij en mogen de katten weer naar buiten. Ook voor de grote broer (zus) van de kat, de tijger, is er goed nieuws: na een dieptepunt in 2010, is het aantal tijgers in het wild in de afgelopen jaren geleidelijk toegenomen dankzij betere bescherming en maatregelen tegen stropers. Naar schatting leven er nu rond de 4000 tijgers in het wild, waarvan de meeste in India. In Nepal is het aantal tijgers in 10 jaar zelfs bijna verdubbeld, van 180 naar 355. Overigens leefden er rond 1900 naar schatting 100.000 tijgers in het wild. Tijgers zijn de grootste katachtigen: een mannetjestijger kan 3 m lang worden en een gewicht halen van 250 kg. Tijgers kunnen zich voortplanten met andere grote katten zoals leeuwen. Het bekendste voorbeeld daarvan is de 'lijger', een kruising tussen een mannetjesleeuw en een vrouwtjestijger. Dit dier kan tot 450 kilogram wegen, twee keer zoveel als de meeste leeuwen en tijgers. Wist u dat het speeksel van de tijger beschikt over desinfecterende eigenschappen? Een likje van een tijger kan volstaan om uw schaafwond te ontsmetten, al raad ik dat niet onmiddellijk aan. Individuele tijgers zijn te herkennen aan een uniek strepenpatroon, dat ook zichtbaar is op de kale huid. Wanneer u overigens uw huiskat zou scheren, zou u ook het patroon van de vacht terugzien op de huid van de kat. Tijgers zijn uitstekende imitators; ze kunnen de lokroep van andere dieren nabootsen en gebruiken dat om bijvoorbeeld herten in de val te lokken. Er zijn zelfs ook tijgers gefilmd die het geluid van voorbijrijdende auto's nabootsen.

De meesten van u zijn waarschijnlijk met zomervakantie geweest. Ik hoop dat u de accu heeft kunnen volladen, om met frisse energie weer aan het werk te gaan en de dossiers

op te pakken die er naast patiëntenzorg ook altijd zijn, m.b.t. de organisatie (en financiering) van zorg. Het bestuur van de NVALT gaat samen met de bureaumedewerkers, verschillende commissies en secties aan de slag met (o.a.) het Integraal Zorg Akkoord (samen met de FMS), het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (VWS), nadere vormgeving van concentratie en spreiding van zorg, de begroting 2023, verder uitwerken van de samenwerking met de farmaceutische industrie, kwaliteitsregistraties en digitale nascholing (medischescholing.nl).

Ik wens u veel werkplezier en ik hoop u te zien op de najaarsvergadering.

Hans Jurgen Mager



De NVALT is volop in beweging!

Er gebeurt veel binnen de NVALT. De afgelopen periode zijn er verschillende activiteiten ingezet om de vereniging verder te professionaliseren en voor te bereiden op de komende jaren waarin er veel op een wetenschappelijke vereniging afkomt. Wetenschappelijke verenigingen zoals de NVALT worden steeds vaker geconfronteerd met ontwikkelingen die, meer dan voorheen, activiteiten en tijd vragen van de bestuursleden of beleidscommissies. Te denken valt aan de activiteiten en vragen van de partners van de vereniging (bijvoorbeeld Zorginstituut, FMS, Long Alliantie Nederland), richtlijnontwikkeling en bijbehorend onderhoud hiervan en scholingsactiviteiten. Maar ook maatschappelijke vraagstukken vragen, zoals preventieve zorg en tabaksontmoediging, meer de aandacht van de medisch specialist. Daar moeten we als vereniging op voorbereid zijn. Ondertussen zet onze eigen ontwikkeling ook door en is er een professionalisatieslag gaande voor het verenigingsmanagement. Middels dit artikel willen we de NVALT-leden kort informeren over een aantal ontwikkelingen.

Longarts van de toekomst

Afgelopen jaar is en wordt er door de werkgroep en ondergetekende nog steeds hard gewerkt aan de visie 'Longarts van de toekomst'. Dit wordt een belangrijk en richtinggevend document voor het beleid en de activiteiten van de vereniging. De visie omschrijft een aantal door de leden geprioriteerde thema's waar de NVALT zich de komende jaren op zal gaan richten. Een visie ontwikkelen is één, het vervolgens laten 'leven' is wat anders. Het is dan ook de bedoeling om aan de hand van de visie met een beleidscyclus te gaan werken zodat de vereniging kan sturen op deze visie. Vanuit de visie worden de komende jaren, gedurende de beleidsperiode, jaarplannen opgesteld en uitgevoerd. Op deze manier kunnen we de opgestelde visie in verenigingsverband handen en voeten geven. Dit is een simpele beschrijving van een uitdagend traject. Maar het is van belang: een duidelijke stip op de horizon die onze vereniging, nog meer dan nu, richting zal geven.

Intensiveren relevante samenwerkingsverbanden

Op verenigingsniveau zijn er vele contacten met verschillende partners, wordt er samengewerkt en zijn er samenwerkingsverbanden. Zo wordt er met regelmaat bijgepraat met het Zorginstituut, is de NVALT op zowel bestuurs- als bureauniveau nauw betrokken bij de activiteiten van de FMS, is er regelmatig contact met het

LEXCES en VWS en is er een samenwerkingsverband met de LAN, CAHAG, NRS en het Longfonds ('Vrij Ademen Akkoord'). Ook zijn we recent een samenwerking aangegaan met Medische Scholing, een platform waar alle geaccrediteerde scholingen staan vermeld. Deze samenwerking willen we in de toekomst verder gaan uitbouwen. Dit rijtje is overigens zeker niet volledig. Met één nauw verwante organisatie zijn we de samenwerking verder aan het uitwerken en die willen we graag benoemen: de Stichting NVALT-studies. De NVALT en de Stichting NVALT-studies zijn zeer nauw met elkaar verbonden en kunnen elkaar versterken. Begin dit jaar is daarom besloten de samenwerking met de Stichting verder te gaan uitwerken op een aantal niveaus:

- inhoudelijk programma (wat pak je samen op en hoe?)
- organisatorisch (wie-doet-wat, governance en besluitvorming)

Voor dit traject is door de NVALT en de Stichting NVALT-studies een projectleider gevraagd dit voor ons te onderzoeken en vorm te geven. Dit traject wordt begeleid door Michel van der Heuvel, Astrid Keijser (allebei namens de Stichting NVALT-studies), Peter Kunst en Ingrid van der Gun. De projectleider is Richard Ottens. Tijdens de najaarsvergadering hoort u hier meer over.

Digitale Leer Omgeving (DLO)

Een DLO biedt de mogelijkheid om al het onderwijs voor de AIOS en longartsen onder één platform samen te brengen en aan te bieden. In FMS-verband zijn een aantal verenigingen gestart met pilots en die zijn inmiddels afgerond. De ervaringen zijn positief. Het NVALT-bureau heeft de afgelopen periode de ervaringen, mogelijkheden en organisatiekant van het optuigen van de DLO geïnventariseerd. Het optuigen van een DLO heeft best wat voeten in aarde. Zo is het natuurlijk



NVALT samenwerking met Medische Scholing.

nodig de cursussen te ontwikkelen en toepasbaar te maken voor een DLO maar is er organisatorisch ook veel te regelen. Te denken valt aan koppelen met Remindotoets, Reconcept en de ledenadministratie maar ook de betaalmogelijkheden moeten goed georganiseerd worden. Desalniettemin pakken we als NVALT deze handschoen de komende periode graag op. Dit wordt vervolgd.

Financieel management en administratiesysteem

De NVALT is, op eigen initiatief en conform het advies van de kascommissie, gestart met financieel management. Het doel is dat de financiële middelen meer ingezet gaan worden op de doelen van de vereniging. Het doel is meer grip krijgen op waar de financiële middelen naar toe gaan en hoe we uren van het personeel goed kunnen inzetten. Ook gaat er gestuurd worden op een financieel neutrale uitkomst van de congressen, conform de CGR en hiermee samenhangend nieuwe NVALT-code samenwerking met de farmaceutische industrie.

Om dit te kunnen realiseren, is het nodig geweest te investeren in een goed en integraal administratiesysteem. De wens was om de HRM-administratie, financiële administratie

en projectadministratie te moderniseren en waar mogelijk te integreren.. Op dit moment wordt er (in AFAS-software) een NVALT systeem gebouwd dat deze administratieprocessen automatiseert en waar mogelijk integreert. Hiermee worden naar verwachting een aantal bureauprocesen (HRM-administratie, financiële administratie en projectadministratie van de SKMS) geoptimaliseerd, wat tijdswinst zal opleveren en de foutgevoeligheid van deze administraties zal verlagen.

Tot slot

Dit is een beknopte opsomming van activiteiten die we afgelopen jaar gestart zijn. En dit gebeurt allemaal naast alles wat al jaren goed verloopt binnen de NVALT, zoals de nascholing, het cursorisch onderwijs, de accreditatie, de beleidscommissies, secties en natuurlijk PulmoScript. We zijn dan ook heel blij dat we twee nieuwe collega's kunnen verwelkomen die het huidige NVALT-bureau gaan versterken om al onze ambities waar te maken. Dit zijn Remco Boksem en Moniek Elsendoorn. Graag stellen zij zich verderop aan jullie voor.

Ingrid van der Gun

Uitreiking 'Draak van Corona'

Smurfit Kappa stelde maar liefst 75.000 Euro beschikbaar voor onderzoek naar COVID-19. Dankzij collega longarts Herwin Machiels en diens broer Frank, werkzaam bij Smurfit Kappa, werd de genereuze gift toegekend aan de NVALT, om te verdelen over verschillende onderzoeksprojecten.

In de vorige PulmoScript heeft u de terugkoppeling van de diverse onderzoeken kunnen lezen.

Op donderdag 14 juli kwam de directie van Smurfit Kappa naar Den Bosch waar zij uit handen van onze voorzitter de 'draak van Corona' mochten ontvangen. De draak van Corona is een kunstwerk van de Groningse kunstenaar Cindy Sprokel.



Update vanuit het AIOS-bestuur – enquête april 2022

Ieder jaar neemt het AIOS-bestuur rondom de landelijke voortgangstoets een enquête af. Net als in 2021, was ook dit jaar de toets –en daarmee de enquête- digitaal. De respons bleef mede hierdoor enigszins achter, maar is met 70 respondenten representatief en conform eerdere enquêtes. Naast inhaalzorg, hadden we dit jaar ook een ‘inhaal voortgangstoets’. Onze voortgang wordt dit jaar dus maar liefst tweemaal gepeild! Op 5 oktober 2022 staat de volgende (fysieke!) voortgangstoets gepland tijdens het Najaarscongres op Papendal, met borrel nadien!

Wie zijn de AIOS-longzichten?

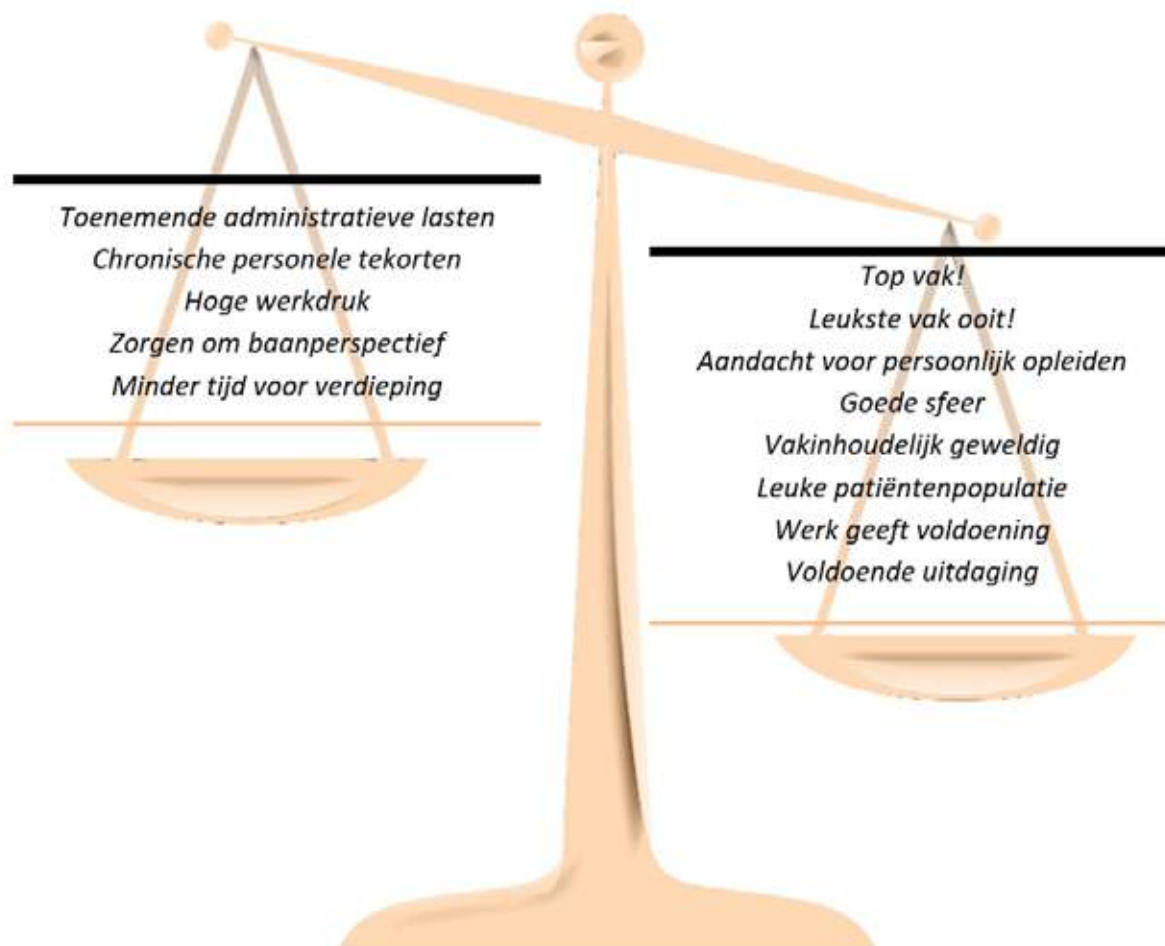
De meerderheid van de respondenten is primair werkzaam in een perifeer ziekenhuis (60%). Het aandeel vrouwen in de opleiding is met twee derde onverminderd groot. Een trend die zich ook bij onze vakgenoten binnen- en buiten het ziekenhuis doorzet. Inmiddels werkt nog slechts 25% van de AIOS fulltime (in 2020 nog 36%). De trend naar parttime werken lijkt dus definitief ingezet. Over het algemeen lijken

de AIOS tevreden met hun werk; zij geven hun werkplezier gemiddeld een 7,4 (op de schaal van 0-10).

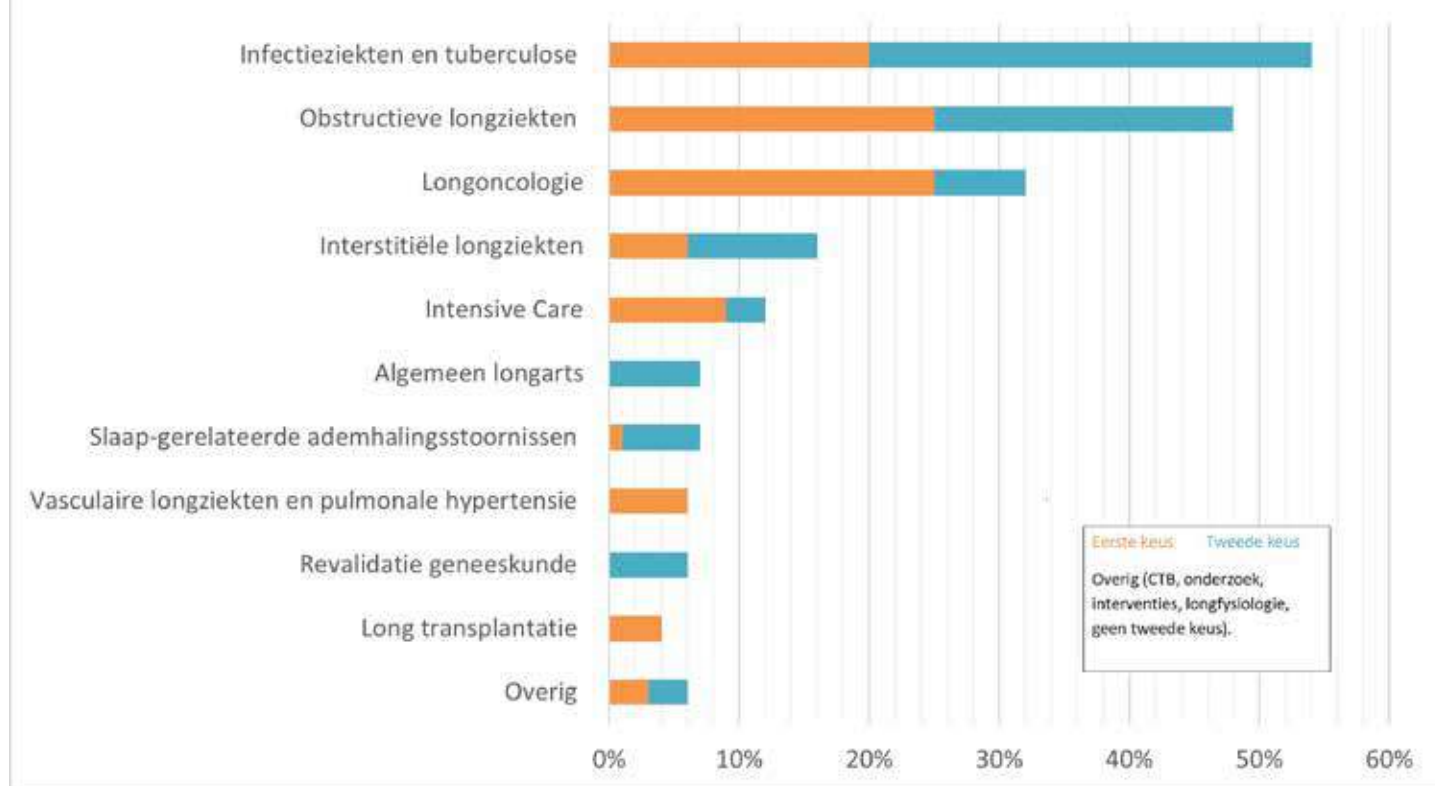
Opleiding en COVID-19

Organisatie

Bij de organisatie van de COVID-zorg waren opvallende verschillen tussen ziekenhuizen. De overgrote meerderheid werkte op enig moment in COVID-poule verband. Een meerderheid van de AIOS-longzichten maakte deel uit van een COVID-poule bestaande uit AIOS/specialisten van verschillende disciplines (59%). Daarentegen werkte een kwart van de collega's in een ziekenhuis waar de volledige zorg voor COVID-patiënten geleverd werd via een COVID-poule bestaande uitsluitend de longzichten en interne geneeskunde. De verschillende constructies wisselde daarbij ook tussen de opeenvolgende COVID-golven. Uiteindelijk is ruim 4 op de 5 AIOS ingezet voor de klinische COVID-zorg. Een meerderheid is ingezet gedurende alle opeenvolgende COVID-golven (64%).



Voorkeur aandachtsgebieden



Stages en verlenging

Bij de helft van de AIOS ging inzet bij de COVID-zorg ten koste van een verplichte stage, waarbij de stage in vergelijkbare mate ofwel werd ingekort ofwel anders werd vormgegeven. Bij een kleiner deel (7%), werd juist een keuze/verdiepingsstage anders vormgegeven of ingekort door klinische COVID-zorg. Mogelijk is dit een onderschatting aangezien slechts een klein deel van de respondenten zesdejaars was. Overigens bleek het slechts voor een kleine minderheid uiteindelijk nodig om COVID-verlenging aan te vragen (8%).

Diensten en werkplezier

Naast invloed op de invulling en duur van stages geeft de helft van de respondenten aan dat gedurende COVID de dienstbelasting- en/of de dienstzwaarte duidelijk is toegenomen. Naast een toename van de dienstbelasting en het uitvallen van stages waren de belangrijkste oorzaken voor verminderd werkplezier een toename van de werkdruk (uitval van collega's) en afname van de saamhorigheid binnen de groep. AIOS misten met name ook de mogelijkheid om buiten het werk gezellige activiteiten te ondernemen met hun collega's.

Toekomst

Van de respondenten zou het grootste deel willen werken in een groot perifeer/STZ ziekenhuis (74%). Ruim een derde kiest voor een academisch, of een klein perifeer ziekenhuis.

Daarnaast geeft 13% aan in een zelfstandig behandelcentrum te willen werken. (NB: meerdere antwoorden waren mogelijk). Obstructieve longziekten en longoncologie zijn momenteel de populairste aandachtsgebieden (25%). Infectieziekten en tuberculose volgen hierna (20%). Als tweede voorkeur geeft 23% van de AIOS obstructieve longziekten aan, en kiest 35% voor infectieziekten en tuberculose. Ongeveer 85% van de respondenten verwacht in zijn of haar aandachtsgebied te kunnen werken, waarbij de helft denkt dat dit mogelijk is in een ziekenhuis van voorkeur. Ongeveer 15% twijfelt sterk aan de kansen binnen hun differentiatie van voorkeur in de huidige banenmarkt.

Tot slot

Wij zijn er als AIOS-bestuur voor jullie! Belangrijke zaken gemist? Of een goede suggestie voor de aankomende enquête? Laat het ons vooral weten!

*Namens het voltallige AIOS-bestuur,
Talli Naamani en Tessa Pletting*



Internationale refereeravond Malta - Nederland vanuit samenwerking EJD/UEMS

Sinds het najaar van 2021 zijn wij, Florence en Ferhat, verkozen vanuit de European Junior Doctors (EJD) als vertegenwoordigers voor de AIOS Longziekten en Tuberculose binnen de European Union of Medical Specialists (UEMS). De EJD is de belangenbehartiger van Europese AIOS en vertegenwoordigt zo'n 300.000 jonge artsen. De belangrijkste doelen van de EJD zijn om arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden te verbeteren, mobiliteit van Europese artsen (in opleiding) te bevorderen en standaarden te stellen voor de kwaliteit van medische vervolgoopleidingen. De UEMS is de artsenorganisatie die medisch specialisten binnen de EU vertegenwoordigt op Europees niveau.

Om meer verbinding tussen AIOS binnen de EU te bereiken en daarmee met en van elkaar te kunnen leren en mobilisatie van AIOS te faciliteren willen wij een digitaal

platform opstellen. In samenwerking met prof. Frank Smeenk (longarts-vertegenwoordiger vanuit Nederland binnen de UEMS, werkzaam in het Catharina Ziekenhuis) en de huidige voorzitter van de UEMS Sectie Longgeneeskunde, dr. Martin Balzan (longarts uit Malta), hebben wij dit concept in mei 2022 afgetrapt door digitaal een pilot refereeravond te organiseren. Deze pilot is dermate succesvol verlopen en goed ontvangen door het publiek, dat in oktober dit najaar een uitgebreidere versie zal plaatsvinden met meerdere ziekenhuizen uit Nederland, Malta en Italië.

In de volgende editie van PulmoScript zal er een terugkoppeling gegeven worden van deze refereeravond.

*Florence Atrafi, Amphia ziekenhuis, Breda
Ferhat Beyaz, Rijnstate ziekenhuis, Arnhem
Frank Smeenk, Catharina ziekenhuis, Eindhoven*

Hoe komt het landelijk medicamenteus behandeladvies bij COVID-19 tot stand?

Eind februari 2020 werd Nederland geconfronteerd met ziektebeeld COVID-19 veroorzaakt door het SARS-CoV-2 virus. Bij aanvang van de pandemie was het onduidelijk of bestaande of nieuwe medicijnen een relevante bijdrage konden leveren aan het herstel van patiënten. Vanuit China werden er de eerste klinische studies online gepubliceerd, waarvan twijfels bestonden over de methodologie van het onderzoek.

Vanaf dat moment is er uit de SWAB (Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid ondersteund door het kennisinstituut van de FMS en een brede klankbordgroep waarbinnen de betrokken specialisten(verenigingen) zijn vertegenwoordigd, een redactie-groep samengesteld die zich volledig richt op de medicamenteuze behandeling van COVID-19. Begin maart 2020 werd de eerste versie van medicamenteuze behandelopties als therapie bij COVID-19 online beschikbaar gesteld. Sindsdien werd het adviesdocument op wekelijkse basis gereviseerd en indien nodig op basis van nieuwe publicaties van onderzoek aangepast. In het begin werd ingezet op medicamenten met een vermeende antivirale werking, (hydroxy)chloroquine, breed spectrum antibiotica (voorkomen superinfectie) en het onthouden van corticosteroiden (versterken van de virusreproductie). Na enkele

maanden kwamen er steeds meer studies online, meestal in preprint versies. Sites als medRxiv.org en bioRxiv.org werden steeds populairder, dit versnelde het beschikbaar komen van studiedata, maar maakte de beoordeling en interpretatie hiervan nog complexer.

In eendrachtig samenwerking met de FMS werd door de SWAB leidraadcommissie de literatuur continu beoordeeld voor de mogelijk toepassing als anti-COVID-19 therapie.

Tevens werd afgesproken dat therapie in de eerste lijn bij het NHG thuis hoort en thromboseprofyaxe bij NIV en NIVC. Deze behandelingen zijn dus niet opgenomen in het leidraaddocument van de SWAB. Tevens onderhoudt de commissie goed contact met het LCG (Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen), het CBG (College ter Beoordeling van Geneesmiddelen) en IGJ (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd).

De SWAB leidraadcommissie vergadert sinds eind 2020 gemiddeld eenmaal per 2 weken om de literatuur van een medicament op kwaliteit en de toepasbaarheid in de leidraad te beoordelen. Inhoudelijke en tekstuele onderbouwing hiervan, wordt voorgelegd aan het expertise team van de FMS als klankbordgroep



Figuur 1: Werkwijze van de leidraadcommissie SWAB

voor commentaar en online gezet. De werkwijze van de SWAB leidraad commissie is zichtbaar in figuur 1.

De behandeladviezen worden door de leden van diverse beroepsgroepen zeer gewaardeerd en vragen of onduidelijkheden worden zo goed mogelijk beantwoord. Na iedere aanpassing worden reacties uit het veld in de commissievergadering besproken. Helaas, zijn er nog steeds partijen, ook deels uit het medische veld, die niet-wetenschappelijk onderbouwde medicamenteuze therapie in de leidraad willen laten opnemen. Dit gaat zover, dat er zelfs driemaal met een rechtszaak is bedreigd en waarvan één is beland voor de rechter en niet ontvankelijk verklaard.

Dat ziektebeeld COVID-19 steeds weer andere gedaante aanneemt is bekend. Het steeds muterende virus heeft voortdurend consequenties voor een deel van therapie. In figuur 2 is de lijst met beoordeelde medicamenten zichtbaar, waarvan de werkzaamheid al dan niet aangetoond is. Een lastig punt is dat studies die nu verschijnen, veelal verricht zijn bij eerdere virusvarianten en het onderzochte medicament niet gecombineerd is met de huidige medicamenteuze standaardbehandeling (als add-on). Wellicht kunnen de huidige platform studies (REMAP-CAP en

Recovery) hierover in de nabije toekomst meer informatie geven. Op dit moment werkt de commissie, samen met de FMS, aan de omzetting van de leidraad naar een officiële richtlijn behandeling van COVID-19 infectie, waarbij gebruik wordt gemaakt van het GRADE systeem. Hieruit worden de aanbevelingen per medicament (of groep van medicamenten) geformuleerd.

Wim Boersma, longziekten, Noordwest ZH, Alkmaar

Mede namens de andere leden van de redactiegroep / leidraadcommissie:

Mark de Boer, infectieziekten, LUMC, Leiden

Marjolein Hensgens, infectieziekten, UMCU en LUMC, Utrecht en Leiden

Emilie Gieling, klinisch farmacologie, UMCU, Utrecht

Dylan de Lange, intensive care, UMCU, Utrecht

Paul van der Linden, klinische farmacologie, Tergooi MC, Hilversum

Bhanu Sinha, Medische Microbiologie & Infectiepreventie, UMCG, Groningen

Bewezen effectief therapie	Mogelijke effectieve therapie	Niet- effectieve therapie ³
Dexamethasone tocilizumab/sarilumab casirivimab/imdevimab ¹ sotrovimab ² baracitinib	anakinra	lopinavir/ritonavir ribavirine remdesivir falvipiravir
	Ambulant ⁴ molupirivir nirmatrelvir/ritonavir tixagevimab/cilgavimab i.m. ⁵ .	hydroxy)chloroquine azitromycine ivermectine interferon colchicine famotidine
		Zink vitamine C vitamine D
		convalescent plasma IV immuunglobulinen

1. niet effectief bij de omikron BA.1 variant (en andere varianten?)
2. niet effectief bij omikron BA.2 variant (en andere varianten?)
3. de lijst is niet volledig
4. dient gedurende de eerste dagen van de ziekte gegeven te worden
5. er zijn geen data of deze combinatie van monoclonale antistoffen werkzaam is tegen de omikron BA.2, BA.4 of BA.5 variant

Figuur 2: Beoordeelde medicamenteuze therapieën bij ziekenhuis geassocieerde COVID-19 (ijkdatum 5 juli-2022)

Herziening richtlijn Palliatieve sedatie

Het inzetten van palliatieve sedatie gebeurt steeds vaker. Continue palliatieve sedatie tot aan het overlijden werd in 2005 toegepast in 8,2% van de sterfgevallen en in 2015 in 18,3% van de sterfgevallen. Daarnaast waren knelpunten, nieuwe kennis uit de praktijk en nieuwe wetenschappelijke inzichten de aanleiding om de richtlijn uit 2009 multidisciplinair te herzien. De procesbegeleiding nam Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) op zich.

Wat is nieuw in deze richtlijn?

We onderscheiden in de nieuwe richtlijn de volgende sedatievormen:

- Intermittierende palliatieve sedatie heeft als doel om tijdelijk rust te brengen in een crisissituatie. Er wordt een time-out gecreëerd, wat een goede optie kan zijn als er onduidelijk is of het symptoom refractair is. Een voorbeeld hiervan is een patiënt met een exacerbatie van IPF en een niet-beademen beleid, die immuunsuppressiva en antibiotica krijgt. De periode tot beoordelen of de medicatie effectief is kan worden overbrugd met intermittierende sedatie, als de patiënt zich in een dyspneucrisis bevindt die niet reageert op morfine en ventilatoire ondersteuning. Met de naasten spreekt u duidelijk af wanneer de sedatie wordt gestaakt en de herbeoordeling plaatsvindt. Indien er geen verbetering heeft plaatsgevonden kan dan alsnog palliatieve sedatie worden ingezet. Ook bij bijvoorbeeld een ernstig delier kan intermittierende sedatie een goede optie zijn. De medicatie die u geeft is hetzelfde als bij palliatieve sedatie.
- Continue palliatieve sedatie wordt aangewend wanneer er refractaire symptomen zijn en de te verwachten duur tot het overlijden van de patiënt minder dan 14 dagen is.
- Acute palliatieve sedatie wordt ingezet bij zeer ernstige refractaire symptomen in de laatste levensfase wanneer verwacht wordt dat de patiënt in korte tijd (minuten tot uren) zal overlijden. Dit is, zeker voor onze beroepsgroep, een belangrijke toevoeging in de richtlijn. Hiervóór was er namelijk geen duidelijk medicatie-advies voor stervende patiënten met dreigende verstikking door afsluiting van de grote luchtwegen, massale hemoptoë (blow-out) en andere oorzaken van acute respiratoire insufficiëntie. Aangezien deze patiënten meestal zeer snel overlijden is met name anticipatie belangrijk (o.a. naasten informeren, patiënt niet alleen laten, medicatie klaarleggen op de kamer).

Verder is er in het nieuwe doseringsschema meer plaats

voor de dopamine-antagonist levomepromazine (Nozinan). Het advies is om bij pijn, delier, misselijkheid en braken naast midazolam laagdrempeling te starten met levomepromazine vanwege het anti-emetische, antipsychotische en analgetische effect. U geeft een oplaaddosis van 50 mg subcutaan naast de midazolam, daarna volgt een bolus van 25 mg s.c. elke 12 uur.



Een andere belangrijke aanpassing is dat het lijden niet lichamelijk van aard hoeft te zijn, ook existentieel lijden kan een aanleiding zijn tot het starten van palliatieve sedatie. In dat geval dient een geestelijk verzorger en/of een consultatieteam palliatieve zorg de patiënt mede te beoordelen.

In deze richtlijn wordt verder benadrukt dat het inzetten van palliatieve sedatie een multidisciplinaire aangelegenheid is. Dat houdt in, dat artsen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals in nauwe samenwerking met elkaar tot de best mogelijke zorg komen om het lijden van deze patiënten zo goed mogelijk te verlichten. Uiteindelijk stelt een arts de indicatie. De vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) heeft ervoor gekozen om de richtlijn niet te autoriseren, omdat zij graag had gezien dat verpleegkundig specialisten deze indicatie ook mogen stellen.

Meer informatie over palliatieve sedatie en ondersteunende middelen zijn te vinden op de themapagina Palliatieve sedatie op Palliaweb. Palliaweb is het kennisplatform palliatieve zorg, waar nu ook de richtlijnen op staan om versnippering tegen te gaan en alle informatie over palliatieve zorg voor de gebruikers op één plak te hebben. De richtlijnen palliatieve zorg zijn ook nog vindbaar via www.pallialine.nl.

Patiënteninformatie over palliatieve sedatie en andere richtlijnen zijn te vinden op de website overpalliatievezorg.nl.

Voor zorgprofessionals is tevens een praktische digitale beslisboom ontwikkeld. Het stappenplan kan helpend zijn om de juiste keuzes te maken.

*Auteurs: Wiel Geraedts, Jongarts, SCEN-arts
Brigitt Borggreve, procesbegeleider IKNL
Kris Mooren, vanuit de sectie palliatieve zorg*



Stappenplan met doseringsschema bij acute sedatie		
	Middel	Dosering
Stap 1A in geval er een intraveneuze toegangsweg beschikbaar is	midazolam	<ul style="list-style-type: none"> • 15-30 mg, bij voorkeur langzaam i.v. (enkele minuten)¹ totdat voldoende sedatie bereikt is; • zo nodig in combinatie met morfine.
	morfine (alleen bij pijn en/of dyspneu)	<ul style="list-style-type: none"> • bij opioïdnaïeve patiënt: 15 mg langzaam i.v.; • bij opioïdgebruik: 1/3e van (equianalgetische) dagdosering tot een maximum van 30 mg.
Stap 1B in geval er geen intraveneuze toegangsweg beschikbaar is ²	midazolam	<ul style="list-style-type: none"> • 15-30 mg s.c.; • kies voor 30 mg bij dreigende acute verstikking en/of eerder benzodiazepinegebruik; • bij s.c. toediening van 30 mg (=6 cc) kan op 2 plaatsen 15 mg gespoten worden. of: <ul style="list-style-type: none"> • 15 mg midazolam intranasaal (2,5 mg/dosis, 3 doses per neusgat). Niet geschikt bij bloeding uit neus. Zo nodig in combinatie met morfine.
	morfine (bij pijn en/of dyspneu)³	<ul style="list-style-type: none"> • bij opioïdnaïeve patiënt: 15 mg s.c.; • bij opioïdgebruik: 1/3e van (equianalgetische) dagdosering s.c. tot een maximum van 30 mg.
Stap 2	<ul style="list-style-type: none"> • herhaal medicatie zo nodig op geleide op effect; • evalueer de situatie iedere 15 minuten; • geef opnieuw midazolam en morfine indien patiënt niet comfortabel is geworden; • geef afhankelijk van de reactie dezelfde of dubbele dosering midazolam en morfine; 	
Stap 3	<ul style="list-style-type: none"> • heroverweeg indicatie tot sedatie indien patiënt niet snel komt te overlijden. 	

1. Bij I.V.-toediening wordt geadviseerd bolussen langzaam in enkele minuten toe te dienen vanwege kans op apneu.
2. De voorkeurswijze van toediening (intranasaal en subcutaan) is onder andere afhankelijk van de onderliggende oorzaak en/of de aanwezigheid van bekwame zorgverleners.
3. Gebruik ook morfine bij een acute sedatie als er een reële kans bestaat op het ontstaan van pijn en/of dyspnoe, wat bij acute sedatie vaak het geval zal zijn.

Bron: Palliaweb.nl

De negende Training tot Tuberculosecoördinator, juni 2022

Moet de T in de verenigingsnaam blijven staan? Deze discussie laait zo nu en dan op. Dat is ook wel begrijpelijk want tuberculose – T staat namelijk voor tuberculose! – is niet meer zo veelvoorkomend als in 1908, het oprichtingsjaar van de NVALT. In dat jaar stierven er tussen de vijf- en tienduizend mensen aan deze ziekte. In 2021 is het aantal sterfgevallen aan tuberculose gedaald tot circa 10 per jaar en werden ‘slechts’ 680 tuberculosegevallen gemeld. De cijfers in de wereld zijn minder rooskleurig, want tuberculose staat wereldwijd nog steeds in de top 10 van doodsoorzaken, met jaarlijks 1,5 miljoen overlijdens en elk jaar 10 miljoen mensen die deze ziekte krijgen.

Tuberculose komt dus steeds minder voor in Nederland. Een logische stap is dan om kennis en expertise te onderhouden en te versterken bij een beperkt aantal deskundigen. Paul van der Valk introduceerde eind vorige eeuw de tuberculosecoördinator in het Medisch Spectrum Twente¹. Het Erasmus MC bouwde op dit concept voort en organiseerde in 2011 samen met de GGD Rotterdam-Rijnmond, de eerste ‘Masterclass Tuberculose’: de training tot tuberculosecoördinator. Daarna volgde vrijwel elk jaar een nieuwe editie, met in 2014 zelfs twee masterclasses. In 2018 had 89% van de ziekenhuizen een getrainde tuberculosecoördinator². De laatste masterclass was echter in 2018. Door de COVID-19 pandemie en door een mindere vraag bleef de negende cursus lange tijd uit, tot juni 2022. Het cursusprogramma was onveranderd, waarbij de inhoud altijd als goed werd beoordeeld door de deelnemers. Ook de didactische opzet bleef ongewijzigd: de cursus maakt veel gebruik van casuïstiek om de onderwerpen te onderwijzen in een interactieve vorm. Het maximaal aantal deelnemers is achttien om een goede participatie te faciliteren. Maar er zijn ook een aantal veranderingen. De Masterclass wordt organisatorisch ondergebracht bij de NVALT en heet voortaan Training tot Tuberculosecoördinator. Erasmus MC blijft de cursus wel uitvoeren, en doet dit voortaan samen met de GGD Amsterdam. Verder is er dit jaar een groep geformeerd die de training inhoudelijk aanstuurt en bestaat uit Marleen Bakker (Erasmus MC), Christine Kortweg-Chang (Haaglanden Medisch Centrum), Wieneke Meijer (GGD Amsterdam), Onno Akkerman (Beatrixoord, UMCG), Martin Boeree (Dekkerswald, Radboudumc) en Gerard de Vries (RIVM). De taak van deze groep is om toe te zien op de voortgang en kwaliteit van de training.

Wat doet een tuberculosecoördinator?

De cursus begint altijd met een overzicht van wat de functie van de tuberculosecoördinator inhoudt. Dit keer was de aftrap niet door Paul van der Valk, maar door Christine Kortweg-Chang. Zij vertelde wat zij precies doet als tuberculosecoördinator in het Haaglanden Medisch Centrum. Het lab informeert haar bijvoorbeeld over alle positieve tuberculose bacteriologie-uitslagen (PCR, auramine, kweek). Zo heeft zij weet van alle tuberculosepatiënten

in het ziekenhuis, is daarvan minimaal medebehandelaar en vaak hoofdbehandelaar. Zij bepaalt het isolatiebeleid in het ziekenhuis, bespreekt met de arbodienst en de GGD het contactonderzoek en personeelsscreening en organiseert regelmatig casuïstiekbesprekingen in het ziekenhuis. Bij elke besmettelijke tuberculosepatiënt die niet in aerogene respiratoire isolatie is opgenomen, wordt nagegaan wat daarvan de reden was. Dat geldt ook als tuberculosetransmissie binnen de muren van het ziekenhuis heeft plaatsgevonden. De laatste 3 jaar hebben zich geen infecties voorgedaan onder het personeel. Zij benadrukte ten slotte het belang van goede samenwerking met de GGD. Soms hebben patiënten meer klinische zorg nodig in het ziekenhuis, maar vaker is intensieve sociaal-medische begeleiding van de GGD nodig. Het woord ‘fluidum’ dat Paul voor deze samenwerking gebruikte, echode nog even in de zaal.

Op dag 1 stond verder op het programma: klinische en epidemiologische kenmerken van de tuberculosepatiënt, en de diagnostiek en behandeling van tuberculose. Op dag 2 kwamen de samenwerking met de GGD, infectiepreventie, work-up pre-immuunsuppressieve therapie en ingebrachte casuïstiek van deelnemers aan bod. Een kleine greep uit de onderwerpen die besproken werden: de tuberculoserichtlijnen van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT) die sinds 1/1/2022 beschikbaar zijn via www.rivm.nl/cpt; diagnostiek van resistente tuberculose is tegenwoordig vooral moleculair; nieuwe behandelingschema's zijn op komst, met nu 4 maanden behandeling van niet-ernstige tuberculose bij kinderen; gedwongen isolatie is echt een laatste optie als alle andere middelen gefaald hebben³; het advies om met de technische mensen van het ziekenhuis te spreken over de bouw en controle van isolatiekamers; en de innovatieve stoplichtbenadering in de Federatie Medische Specialisten/ NVALT richtlijn tuberculosescreening voorafgaand aan immuunsuppressieve therapie⁴: groen (laag risico): niet testen, niet preventief behandelen; rood (hoog risico): niet testen, wel preventief behandelen; oranje (matig risico): testen en preventief behandelen als minstens een van beide testen positief is. Dit alles uiteraard na uitsluiten van actieve tuberculose.

Plannen voor de toekomst

Op de NVALT website staat onder de Sectie Tuberculose (STB) een folder ‘Training tot Tuberculosecoördinator’ met de presentaties van de laatste Masterclass, en ook andere relevante documenten en literatuur voor de tuberculosecoördinator. In de Sectie Tuberculose zal gesproken worden over het opzetten van geaccrediteerde nascholing voor tuberculosecoördinatoren.

In de visitaties van de NVALT werd de vraag gesteld of ziekenhuizen een tuberculosecoördinator hadden. Deze werd vrijwel altijd met ‘ja’ ingevuld en is vervallen. Een alternatief is om een vraag op te nemen over multidisciplinaire tuberculose-overleggen (MDO's), waarbij het voorkeur heeft

om deze met meerdere ziekenhuizen te houden. De volgende Training tot Tuberculosecoördinator zal bij voldoende interesse in november 2023 plaats vinden. Interesse en vooraanmelding kan kenbaar gemaakt worden aan Marleen Bakker, Erasmus MC (m.bakker.1@erasmusmc.nl)

Conclusie

De tuberculosecoördinator heeft na 10 jaar een vaste plek gekregen in Nederlands ziekenhuizen. De uitdaging is om de functie te blijven borgen en de kwaliteit te blijven verhogen. Nauwe betrokkenheid van de NVALT is daarbij essentieel. Blijvende aandacht voor deze besmettelijke ziekte blijft in Nederland belangrijk. Met de exclusieve plek in de verenigingsnaam wordt ook iets anders benadrukt. Want tuberculose is niet alleen een longziekte (in 55% in Nederland het geval), maar ook een ziekte die in elk ander orgaan kan voorkomen (in 45% het geval). De tuberculosecoördinator heeft een bijzondere rol om met alle specialismen in het ziekenhuis (internisten, hiv-behandelaars, reumatologen,

kinderartsen, neurologen, microbiologen, bedrijfsartsen, deskundigen infectiepreventie, etc.) en buiten het ziekenhuis met de GGD samen te werken. Een leuke taak!

*Gerard de Vries, arts M+G tuberculosebestrijding, RIVM
Marleen Bakker, longarts Erasmus MC*

Referenties

1. de Vries G, van der Valk PDLPM, Bok H, Severin WPJ. Het ziekenhuis als infectiebron. Tuberculosepreventie in het ziekenhuis. Medisch Contact. 2000;55:1062–5.
2. Bakker M, van Hest R, van der Valk P, de Vries G. Netherlands. The clinical TB coordinator in hospitals in the Netherlands. In: Compendium of good practices in the implementation of the Tuberculosis Action Plan for the WHO European Region 2016–2020. WHO Regional Office for Europe; 2019. p. 85–6.
3. de Vries G, Akkerman O, Haringhuizen G, Huisman E, Bakker M. Gedwongen opnames voor tuberculose in Nederland, 2000-2019. Infectieziekten Bulletin. 2020;31(2).
4. Tuberculosescreening voorafgaand aan immuunsuppressieve medicatie. Federatie Medische Specialisten; 2019.



Afscheidssymposium prof. dr. Marjolein Drent

‘ILD zorg: een uitdagende puzzel die om maatwerk vraagt’

Donderdag 2 juni 2022 was het zover, het afscheidssymposium vanwege de pensionering van prof. dr. Marjolein Drent. En wat een geweldige afscheid was het! Zowel patiënten, afgevaardigden van patiëntenverenigingen, (ILD)collegae, promovendi, familieleden en anderen die met Marjolein in welke hoedanigheid dan ook hebben samengewerkt waren er. Bijzonder om te zien dat mensen vanuit heel Nederland naar Utrecht waren afgereisd om deze bijzondere middag bij te wonen.

Frouke van Beek, longarts in hetILD Expertisecentrum van het St. Antonius Ziekenhuis, te Nieuwegein benadrukte dat het begint met het stellen van de juiste diagnose. Cruciaal is een

goed gesprek met de juiste vragen. Het stellen van de diagnose vergt ervaring en expertise en goede samenwerking tussen patiënt en zorgprofessionals. Dit werd nog eens benadrukt aan de hand van een praktijkvoorbeeld gerelateerd aan donsexpositie (extrinsieke allergisch alveolitis) en er passeerde ook meerdere blootstelling gerelateerde artikelen van Marjolein de revue.

Collega Marcel Veltkamp besteedde aandacht aan sarcoïdose. Over mogelijke triggers wordt steeds meer bekend, iets waar Marjolein 20 jaar geleden al over publiceerde. Ook benadrukte hij dat Marjolein altijd veel aandacht heeft voor de verschillende facetten van de ziekte, met de patiënt centraal. Samen met dr. Elske Hoitsma, neuroloog, heeft Marjolein dunne vezelneuropathie bij sarcoïdose herkent/ontdekt, echt een wereldontdekking en niet onbelangrijk: een doorbraak voor patiënten. In de loop der tijd heeft Marjolein al veel stokjes overgegeven aan jonge collegae, die het onderzoek wat zij opgezet heeft voortzetten.

Eén daarvan is dr. Remy Mostard, longarts in Heerlen, gepromoveerd o.l.v. Marjolein op de waarde van de PET-scan bij de diagnostiek en follow-up van sarcoïdose. In een fantastische presentatie (van te voren opgenomen aangezien bij niet aanwezig kon zijn) blikt hij terug op de PET-ten club in Maastricht bestaande uit verschillende disciplines, waaronder hijzelf en Marjolein. Ze hebben samen veel lol beleefd tijdens de onderzoeksperiode. “Kenmerkend voor onderzoek doen met Marjolein was dat zij altijd uitgaat van een klinische vraagstelling (wat is relevant voor de patiënt?), waarbij zij haar brede netwerk betreft waardoor er

een mix van personen ontstond met ervaring/expertise en jonge ‘honden’. Onderzoeksbudget was er vaak niet, maar door haar passie en bevoegenheid wist ze het altijd voor elkaar te boksen om goed onderzoek neer te zetten.”

Daarna kwam Naomi Jessurun, apotheker bij het bijwerkingen centrum Lareb, aan het woord. Al bijna 30 jaar heeft Marjolein al aandacht voor bijwerkingen van geneesmiddelen resulterend in publicaties en promotieonderzoeken. Momenteel wordt pulmonale toxiciteit van geneesmiddelen beter in kaart gebracht. Er wordt gestreefd naar het voorschrijven van geneesmiddelen op maat en reductie van toxiciteit.

Bert Strookappe, fysiotherapeut in Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV) in Ede en ook oud-promovendus van Marjolein, heeft vervolgens gesproken over moeheid, verminderde inspanningstolerantie en spierkracht bij sarcoïdose en het belang van bewegen in het algemeen. Zelf is Marjolein ook begonnen als fysiotherapeut.

Over Marjolein zegt hij: ‘Ze weet altijd alles in beweging te krijgen

en rent zelf net zo hard mee’. Zowel Rik Marcellis als Bert hebben gekeken naar effect van bewegen op moeheid onder haar begeleiding en inmiddels is fysieke training als behandeling van moeheid bij sarcoïdose niet meer weg te denken.

Vervolgens vertelde prof. dr. Jan Grutters, hoofd van hetILD Expertisecentrum, over de ontwikkeling van het eerste MDO in het AZN in 1942 tot hetILD MDO nu. Hij had er zichtbaar plezier in. Het oude personeelsdossier van Marjolein werd ook nog tevoorschijn getoverd. In haar aanname brief stond dat ze als wetenschappelijk project het onderwerp Cara zou gaan doen. Prof. dr. Jules van den Bosch had dat doorgestreept en er bijge-



Marjolein te midden van enkele van haar promovendi.





De PET-ten club is overgedragen van Marjolein met de PET naar Jan met de PET.

schreven 'BAL en sarcoïdose'. En zo geschiedde. Na omzwerven (UMC Maastricht en ZGV Ede) kwam ze uiteindelijk in 2015 weer na precies 21 jaar terug op het oude nest na een telefoontje van Jan Grutters. De cirkel was rond. Het afscheidscadeau van de raad van bestuur van het AZN, een mooi beeld van de 'circle of life', was dan ook heel toepasselijk. In de afgelopen jaren heeft ze met haar inbreng en expertise bijgedragen aan de verdere ontwikkeling van het ILD team. "Teamwerk is de aanwezigheid van mensen die de intrinsieke motivatie hebben om een team te worden, vrienden te worden, tolerantie te hebben voor elkaars fouten en respect voor elkaars persoonlijkheid," citeerde Jan Grutters uit het Antonius 50 jaar Longteam.

In augustus werd Marjolein Drent verkozen tot de winnaar van de ERS Assembly 12 Lifetime Achievement Award als erkenning voor een leven lang uitmuntendheid op het gebied van interstitiële longziekten.

gen. "ILD zorg in Nederland is zonder twijfel van wereldklasse, en staat met stip hoog in de internationale ranglijsten of het nu om topzorg, onderzoek of publicaties gaat. Daar mogen we met recht trots op zijn". Aldus Marjolein. Dat bleek ondermeer ook uit de waardering van een aantal internationale collega's die Marjolein prezen om haar multidisciplinaire aanpak. Ook Marjon (haar partner) werd niet vergeten en door iedereen ook bedankt voor haar steun en inzet voor de ILD community. Van de Sarcoïdose belangenvereniging Sarcoidose.nl kreeg Marjolein een cheque van maar liefst 2330 euro (1 euro per lid) aangeboden voor de ild care foundation.

Ze sloot af met een dankwoord waarin ze aangaf dat ze niet zozeer tevreden is over haar carrière maar met name dankbaar. Ook dit typeert haar. Al met al een prachtig afscheid van een inspirerende longarts met altijd oog voor de patiënten die niet bang is om buiten de gebaande paden te wandelen.

Mareye Voortman, UMC Utrecht

Na de pauze kwam in een interview haar gehele carrière voorbij, van de geneeskunde studie, haar beweegredenen tot de het belang van samenwerking met de politiek. Dit werd ondersteund met wat videobeelden, ondermeer van Jenny Penders, één van de oprichtsters van de longfibrosepatiëntenvereniging (impact van de ziekte) en 'Inspiratie', een indrukwekkend lied uit de musical Joe. Er was een mooie, warme en intieme sfeer met een kijkje in de persoon achter Marjolein. Drijfveren voor haar werk en onderzoek zijn altijd de patiënten geweest. Heel inspirerend voor alle aanwezi-



vlnr: Naomi Jessurun, Marjon Elfferich, Marjolein Drent, Wanda de Kanter.

Jonge klare in de kijker

Naam: Mirjam Wiegman
Geboortedatum: 24-08-1984
Opleiding geneeskunde: Rijksuniversiteit Groningen
Opleidingskliniek: Medisch Centrum Leeuwarden
Werkt nu in: Máxima Medisch Centrum Veldhoven/Eindhoven

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

Als je me een paar jaar geleden had verteld dat ik vanuit het vertrouwde Groningen naar Brabant zou verhuizen voor werk, had ik je waarschijnlijk met enig ongeloof aangekeken. Alhoewel ik tijdens mijn studie en opleiding meerdere uitstapjes naar het buitenland heb gemaakt, was het hoge noorden voor lange tijd mijn basis. Maar belangrijker dan de geografische locatie van je werkplek is voor mij toch ook dat je het leuk hebt met collega's en een fijne groep om je heen hebt. Dat ik nu in een ziekenhuis werk dat klein, maar niet te klein en groot, maar niet te groot is en waar ik me prettig voel met fijne collega's, dat had ik zeker gehoopt en is goed gelukt!

Lang heb ik de naïeve gedachte gehad dat het afronden van



je opleiding gelijk stond aan een soort alwetendheid van de longgeneeskunde. Uiteraard bleek dit niet te kloppen en gelukkig maar. Het is leuk om elke dag nieuwe dingen te zien en soms weer even de boeken in te moeten. Daarnaast leer ik steeds meer dat ons vak geen rocket science is en dé oplossing niet altijd bestaat. Soms moet je gewoon een plan maken ondanks de onzekerheid. En werkt het niet, dan is daarna altijd nog plan B of C.

Wat is je aandachtsgebied en hoe ben je daarachter gekomen?

Op dit moment ligt mijn focus op ernstig astma en slaap. Initieel dacht ik altijd dat ik KNO-arts wilde worden, maar ik bleek toch iets meer beschouwend van aard. Ik houd van verder kijken dan mijn neus lang is en ben daarom 'een luchtwegniveautje afgezakt' zoals ik het wel eens omschrijf. Toch heb ik mijn eerste liefde niet helemaal losgelaten, want het zijn de aandachtsgebieden met een duidelijk overlap met de KNO waar mijn interesses liggen.

Door mijn opleiding in één van de astma expertisecentra kwam ik automatisch meer in aanraking met astma. In het hoogtepunt (of beter gezegd dieptepunt) van de coronapandemie waren de mogelijkheden voor stages elders beperkt. Ik was dan ook blij dat mijn verdiepingsstage ernstig astma in eigen huis gewoon door kon gaan. Het enthousiasme van Anneke ten Brinke en Akke-Nynke van der Meer over ernstig astma is, zoals wel blijkt, erg besmettelijk geweest.

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

Na mijn studie heb ik een aantal jaar als ANIOS gewerkt op verschillende afdelingen, waaronder de spoedeisende hulp en de intensive care. In deze periode heb ik veel geleerd en nuttige ervaring opgedaan. Maar er komt een punt om toch eens te gaan bedenken wat je nou eigenlijk echt wilt. Eerlijk gezegd wist ik het destijds allemaal even niet meer en ben ik zelfs korte tijd werkloos geweest. Achteraf is deze periode heel waardevol geweest. Het gaf me de tijd om rustig na te denken, andere mensen te spreken en her en der mee te lopen. Zo had ik een meekijkdagje bij de longziekten in Leeuwarden, was direct enthousiast en de rest is geschiedenis.

Binnen het MCL heeft de hele club longartsen en collega AIOS bijgedragen aan de longarts die ik nu ben. Ik heb het daar vanaf dag één als een warm bad ervaren waar ieder



op zijn of haar manier een positieve bijdrage levert en waar iets van te leren is. Ik ben ook altijd trots geweest op mijn AIOS clubje. Er waren zeker momenten dat we elkaar wel konden schieten, maar we konden vooral op elkaar bouwen. Al was het qua bezetting soms niet ruim, met z'n allen cheften we het wel. Via Jan van der Maten is de weg naar Brabant geopend. Hij kende één van de longartsen daar en hij vond ons echt goed bij elkaar passen vanwege ons verhoogde associatieve denken. Of dat associatieve waar is weet ik niet helemaal, maar de klik is er zeker wat mij betreft.

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

Gedurende je opleiding – in de EPA-structuur - krijg je als AIOS steeds meer zelfstandigheden. Uiteindelijk geef je zelf ook supervisie aan jongere collega's en is het een redelijk vloeiend proces naar toenemende verantwoordelijkheid. Natuurlijk zijn die eerste diensten even wennen en slaap ik dan net wat minder lekker. Toch went dat best snel. Longarts zijn betekent ook niet dat je er alleen voor staat, ik vraag nog vaak genoeg een collega om advies.

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

Het vak van arts kent niet alleen medische inhoudelijke onderdelen. Als ik kijk naar welke taken met name na je opleiding op je afkomen, zou iedereen baat hebben bij kennis op het gebied van management en organisatie.

Hoe combineer je je werk met je privé leven?

Daar zou ik nog best wat beter in kunnen worden. Het werk houdt nooit op en is nooit klaar. Dit leidt af en toe tot verstengeling met mijn persoonlijke leven. Kom je al te laat

en met lege maag bij je sporttraining, sta je vervolgens de helft van de tijd de SEH te woord buiten het veld. Dat zijn van die momenten dat je denkt, waarom doet ik dit ook alweer? Gelukkig is dat uiteindelijk maar een enkele keer en geeft sporten me doorgaans vooral energie. Een van mijn grootste hobby's is reizen. Nieuwe dingen ontdekken en vooral genieten van mooie natuur. Onlangs heb ik een zeilreis bij Spitsbergen gemaakt. Uren zitten en om je heen kijken naar het oneindige prachtige niks. Na zo'n trip kan ik er qua werk weer even tegenaan. Na een drukke week of dienst kan ik ook enorm genieten van een 'goede' foute reality show, relaxend op de bank of in de hangmat. Een lekkere no-brainer met veel nep en tattoos. Degenen met deze gedeelde guilty pleasure kunnen de titels vast raden.

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

In de vrij nabije toekomst is het doel toetreden tot de maatschap in het Máxima. Daarnaast is het streven om de zorg voor ernstig astma beetje voor beetje over te nemen van mijn collega die op afzienbare termijn met pensioen gaat. Om de slaap nog meer verdieping te geven is het de bedoeling om somnoloog te worden. En als ik dan toch in Brabant blijven wonen moet ik ook maar eens gaan geloven in het kopen van een huis.

Heb je adviezen voor de beginnende assistent?

Geniet van je opleiding, daarna wordt het alleen maar drukker! Weet waar je grenzen liggen en durf aan te geven wat je niet weet of kan. Geloof in de eigenschappen die jou uniek maken, we hoeven geen uniforme longartsen te worden. En als je je supervisor 's nachts belt, hang nooit op met: 'er komt zo nog iemand op de SEH, daar bel ik je later over'.



Opleiding in de Kijker

UMCG

Moi eem, welkom in Grunn.

Er gaat niets boven Groningen, en dat geldt zeker voor de longziekten. Wij zijn het meest noordelijk gelegen opleidingsziekenhuis van Nederland, midden in de stad Groningen. Met 12 AIOS en 2 ANIOS hebben we een grote enthousiaste opleidingsgroep die vaak wordt versterkt door stagisten uit andere ziekenhuizen. We hebben naast een breed algemeen aanbod, een groot aantal (academische) subspecialisaties, zoals longtransplantatie, CF, bronchoscopische interventies (e.g. longvolumereductietherapie), thoracale oncologie, longrevalidatie, een tuberculosecentrum en het centrum voor thuisbeademing. Uiteraard wordt in al deze takken van pulmonale sport onderzoek gedaan, waarbij de Groningen Research Institute for Asthma and COPD (GRIAC) tot de wereldtop behoort. Dit alles maakt dat we een ontzettend uitgebreid aanbod hebben aan interessante casuïstiek voor de opleiding. En zoals ze in het Noorden zeggen; 't kon minder.

Daarnaast is er ook veel aandacht voor onderwijs, zoals de thoraxechografie. Met nieuwe echoapparaten en de lokaal aangeboden thoraxechografie cursus worden zowel staf als assistent enthousiast gemaakt. Er gaat haast geen patiënt meer door de kliniek zonder nieuwe fraaie echobeelden in het dossier. De maandelijkse refereeravond is regionaal en met de hybride constructie is er tegenwoordig meer animo dan ooit. Feedback wordt op ludieke wijze gestimuleerd met een KPB-klassement voor de stafleden wat elk kwartaal plenair wordt besproken. Het is toch wel heel gênant als je van alle stafleden de minste KPB's hebt uitgedeeld.

Ruimte voor ontspanning is er zeker. Na COVID-19 hebben we eindelijk weer de maandelijkse VrijMiBo met arts-assistenten, arts-onderzoekers en de stafleden. Elk jaar vindt er een barbecue bij de (plaatsvervangend) opleider plaats,



waarbij zowel de arts-assistenten als aanhang en kinderen uitgenodigd worden. Tijdens het jaarlijkse afdelingsuitje krijgt het afdelingshoofd traditioneel een ongewenste frisse duik in het water. Vreemd genoeg zijn ze ieder jaar wel weer verrast dat het gebeurt. Het kerstdiner met dresscode: foute kerstrui, staat ook dit jaar ook eindelijk weer op de planning, waarbij we er voorlopig van uit gaan dat COVID-19 zich deze winter eens rustig houdt. Recent is nog het 70-jarige bestaan van de afdeling gevierd met een symposium inclusief diner en borrel nadien tot in de late uurtjes. Naast borrelen wordt zeker ook samen gesport. Zo hebben longartsen en AIOS meerdere malen meegedaan aan "long distance" zwemestafettes, en wordt de racefiets niet geschuwd.

Maar, in een regio geteisterd door seismografische verrassingen, liggen er op onze afdeling ook genoeg uitdagingen in het verschiet. Zo is er nu een Green Team bezig om te verduurzamen op ons endoscopiecentrum. Ook hopen we op korte termijn 'Duurzame Donderdag' te introduceren naar aanleiding van een refereeravond in juni. We hopen zo bewustwording te creëren en met kleine veranderingen toch het verschil te maken.

Kortom, in het Hoge Noorden is het prima vertoeven!

AIOS UMCG

Stoptober: samen maken we er een groot succes van! Doet u mee?

De herfst staat alweer voor de deur, en dat betekent: Stoptober! Stoptober is een evenement in de maand Oktober waarbij deelnemers samen 28 dagen niet roken. Deelnemers doen dit samen, vinden steun bij elkaar en worden tijdens het traject gecoacht. Het ultieme doel is natuurlijk het aantal rokers terug te dringen. Dat deze stoppen met roken methode werkt, bewijst Stoptober al jaren: onderzoek van het AMC uit 2017 toont aan dat 70% van de deelnemers het volhoudt om 28 dagen niet te roken. Bijna de helft van de deelnemers is drie maanden later nog steeds gestopt. Dat zijn natuurlijk mooie resultaten! De ambities voor de komende editie zijn dan ook groot, andere jaren deden er gemiddeld 50.000 mensen mee en dit jaar streeft Stoptober naar veel meer. De NVALT draagt hier graag haar steentje aan bij!

Dat stoppen met roken belangrijk is, blijkt uit het feit dat op dit moment nog ruim een vijfde van de Nederlandse bevolking rookt. In de categorie met een lage SES is dit voor de mannen tussen de 25 – 45 jaar zelfs nog ruim 50%. Deze getallen moeten naar beneden. Maar helaas neemt het aantal rokers juist weer langzaam toe. Vooral bij jongeren wordt hiertoe een zorgwekkende trend gezien, zo beginnen er per dag ongeveer 75 jongeren met roken van wie 40 jongeren er dagelijks roken. De populariteit van vaperen onder jongeren neemt helaas ook toe. Stoppen met roken en aandacht hiervoor hebben is dan ook van groot belang. Met dit artikel willen we de NVALT-leden motiveren om Stoptober actief op te pakken en de stop-met-roken zorg nog meer dan nu al gebeurt, op te pakken. Dat uw hulp hierbij van waarde is, is reeds bewezen: door een stop-met-roken advies van een dokter neemt de kans van een stoppoging toe. Als longarts kunt u dus het verschil maken!

Maar eerst, de trends en ontwikkelingen

Over het algemeen roken er meer mannen dan vrouwen (24,7% versus 16,6%). Vooral in de leeftijdscategorie van

18 – 29 jaar wordt er veel gerookt, meer dan 33% in deze leeftijdscategorie steekt met enige regelmaat een sigaret op. In de leeftijdscategorie van 30 – 49 en 50 – 64 jaar wordt het meest structureel gerookt, rond de 20% van deze twee groepen rookt dagelijks. Helaas is uit de evaluatie van het Nationaal Preventie Akkoord gebleken dat de laatste jaren het aantal stoppogingen is afgenomen: in 2021 heeft 31% een serieuze stoppoging gedaan terwijl dit percentage in 2017 nog op 36% lag (www.trimbos.nl/kennis/cijfers.roken). Ook is er dit jaar een record omzet aan accijns aan tabak opgehaald en hebben supermarkten meer sigaretten verkocht dan voorheen.

Helaas is bekend dat het ook voor longpatiënten moeilijk is om van het roken af te komen. Zo is bekend dat het percentage roken onder COPD-patiënten relatief hoger ligt dan het landelijk gemiddelde terwijl het voor patiënten nog belangrijker is te stoppen. Goed georganiseerde en effectieve stop-met-roken zorg in het ziekenhuis of in de regio is dus van groot belang. Als longarts is het dan ook van belang mensen te wijzen op Stoptober of te informeren over goede 'stop met roken zorg' en hen adequaat te verwijzen.

Stoptober, wat kunnen NVALT-leden doen?

Tijdens Stoptober worden de deelnemers gecoacht om 28 dagen niet te roken. Deelnemers worden aangemoedigd vol te houden met behulp van de Stoptober-app, social-media en Stoptober-TV. Er zijn in september zelfs twee Stoptober-shows in Amsterdam georganiseerd waar deelnemers naar toe kunnen voor wat extra support en tips en advies. Geef dit aan bij uw patiënten, wie weet trekt het hen over de streep om mee te doen.

Het doel van de organisatie van Stoptober is om dit jaar veel meer dan de jaarlijkse 50.000 deelnemers te motiveren om te stoppen met roken. De organisatie van Stoptober heeft daartoe vele tools ontwikkeld voor zowel de deelnemers als voor zorgprofessionals. Hieronder geven we een overzicht van tools voor de zorgprofessional die goed in te zetten zijn in de dagelijkse praktijk van longartsen en verpleegkundigen:

- **Stoptober-toolkit:** u kunt via de website van het Trimbos-instituut (zie hieronder) een gratis papieren toolkit bestellen en inzetten in uw ziekenhuis om aandacht te besteden aan Stoptober. Deze toolkit bevat twee posters, 100 flyers en visitekaartjes en vijf kaartjes over het bekende Very Brief Advice. Het **Very Brief Advice** is een bewezen effectieve methode om in 30 seconden een stop-met-roken advies te geven en is gebaseerd op de drie V's: **vraag – vertel – verwijz**;





- Een **digitale** toolkit waarin berichten en filmpjes voor op het intranet- en social media van uw organisatie te vinden zijn. Ook zijn er filmpjes voor op de schermen in de wachtkamer;
- Er is een **webinar** voor zorgprofessionals gemaakt die op afroep op elk gewenst moment te zien. In deze webinar wordt besproken hoe u uw patiënten kunt motiveren mee te doen met Stoptober en welke begeleiding u vervolgens kunt bieden.

Al deze tools zijn te vinden op de website van het Trimbos-instituut (www.trimbos.nl/kennis/stoptober/stoptober-in-de-zorg-praktijk). Om het nog gemakkelijker te maken zijn de links gedurende september en oktober ook te vinden op de website van de NVALT onder

Deel met ons jullie ervaringen!

We hopen dat zoveel mogelijk NVALT-leden Stoptober zullen uitdragen. We horen én zien graag jullie ervaringen en acties. Misschien organiseren jullie als ziekenhuis wel een pop-up poli of een informatieavond? Laat het ons weten (ivandergun@nvalt.nl).

De NVALT en stop-met-roken zorg

Longartsen zien als geen ander de gevolgen van tabaksgebruik en de NVALT richt zich dan als vereniging ook steeds meer op tabaksontmoediging en stop-met-roken zorg. Er is dan in verenigingsverband dan ook veel activiteit op dit onderwerp. Een opsomming van een aantal actuele activiteiten en te verwachten richtlijnen is hier te vinden:

- Er loopt op dit moment een project met de titel 'Stop met roken zorg in het kwaliteitsbeleid medisch specialisten.' Het idee van dit project is dat vrijwel alle medisch specialisten aandoeningen behandelen die zijn veroorzaakt door roken of waarvan prognose of herstel door roken nadelig beïnvloed wordt. Er is helaas nog geen sprake van een effectieve organisatie van stop-met-roken zorg in Nederland. Dit project beoogt aanbevelingen te formuleren voor een goede regionale organisatie van stop-met-roken zorg wat geïntegreerd wordt in het medisch specialistisch beleid. Dit project loopt op dit moment en wordt naar verwachting in 2024 opgeleverd.
- Er is een Leidraad Tabaksontmoediging in de maak. Het doel van deze leidraad is te komen tot een beschrijving van goede zorg, gericht op verbetering en borging van de

kwaliteit van de stop-met-roken zorg. Uiteindelijk is het ultieme doel meer en betere stoppogingen. De NVALT voert dit project met meerdere partners uit.

- De NVALT is aangesloten en lid van de thematafel Roken van het Ministerie van VWS. Wanda de Kanter en Leon vd Toorn nemen namens de NVALT-deel aan deze tafel. De thematafel roken is ontstaan met de totstandkoming van het Nationaal Preventieakkoord. Aan deze tafel hebben verschillende partijen zich gecommitteerd aan de ambitie van een Rookvrije Generatie in 2040. De thematafel formuleert maatregelen en activiteiten om deze ambitie te behalen.
- In FMS-verband is op initiatief van NVALT-voorzitter Leon van den Toorn het onderwerp preventie en gezond gedrag aangezwengeld, dat door vele verenigingen wordt omarmd. Tabaksontmoediging heeft hierbij een duidelijke plek en de komende periode wordt een plan hiertoe concreet uitgewerkt. Binnen dit verband worden gesprekken met de staatssecretaris gevoerd.

Stoppen met roken poli's in Nederland: een inventarisatie onder NVALT-leden

Voor de zomer heeft de NVALT een enquête uitgestuurd onder haar leden om te polsen hoeveel stop-met-roken poli's er zijn. Van elk ziekenhuis hebben we een reactie gekregen, dit onderwerp leeft dus onder de NVALT-leden! Het is mooi om te zien dat de meeste ziekenhuizen een stop-met-roken poli hebben. Longartsen vragen bijna altijd of patiënten roken en verwijzen veel door maar er zijn wel wat zorgen over de bekostiging van de poli's. Verderop in deze PulmoScript kunt u alle resultaten van deze enquête lezen.

Wanda de Kanter en Ingrid van der Gun

Stoppen met roken enquête

Stoppen met roken is voor iedereen heel erg belangrijk. Hoe jonger iemand is hoe meer kwaliteit en leven is toe te voegen. Het belang van stoppen met roken is dan ook voor velen letterlijk van levensbelang. Toch vergoeden verzekeraars hiervoor slechts 4 x 10 minuten bij de huisarts. Ondanks deze tegenwerking hebben vele longartsen het voor elkaar gekregen in hun ziekenhuis een goede rookstopbegeleiding aan te bieden. Deze is echter veelal alleen beschikbaar voor longpatiënten terwijl het voor veel meer ziekenhuispatiënten buitengewoon zinvol zou zijn. We kunnen dan denken aan cardiovasculaire ziekten en reuma, maar ook infertiliteitstrajecten en het begeleiden bij groeiachterstand van de foetus.

Om een duidelijk beeld te krijgen van de rookstop-begeleiding in Nederland is er vlak voor de zomervakantie een enquête uitgezet naar alle ziekenhuizen. Ondanks de lastige timing hebben we vanuit ieder ziekenhuis een reactie mogen ontvangen waarmee de hieronder gepresenteerde cijfers absoluut representatief zijn.

Roken

Op de polikliniek wordt aan alle patiënten gevraagd of zij roken, bij nieuw opgenomen patiënten liggen de aantallen met 94% iets lager. 71% van de respondenten verwijst de rokende patiënten naar een rookstoppoli. De voornaamste reden waarom er niet verwezen wordt is omdat er geen rookstopmogelijkheid in de omgeving is, waarbij een enkeling aangeeft dat hier geen vergoeding beschikbaar voor is. Ondanks de gestelde vraag wordt het antwoord hiervan bij het grootste deel van de patiënten (54%) niet vastgelegd op pagina 1 van het EPD waardoor het dus niet standaard voor alle specialismen zichtbaar is. Het grootste deel van de respondenten (65%) heeft het gevoel dat meer dan de helft van de patiënten open staat om te stoppen met roken.

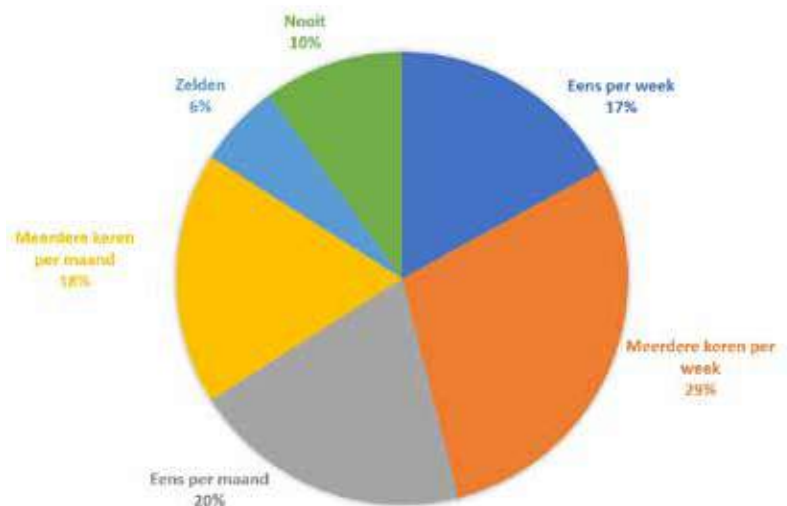
Vapen

In tegenstelling tot het roken wordt slechts aan minder dan de helft van de patiënten (48%) gevraagd of zij vaperen en zelfs bij een positief antwoord wordt lang niet altijd verwezen (slechts 59%). Als reden hiervoor worden vanzelfsprekend ook de afwezigheid van een rookstoppoli genoemd, maar ook het gebrek aan motivatie en de onbekendheid aan werkzaamheid van de gangbare hulpmiddelen als nicotinepleisters of medicatie bij het vaperen spelen hierbij een rol. Het gebrek aan motivatie wordt gestaafd door het antwoord op de vraag in hoeverre patiënten openstaan om te stoppen met vaperen. Hier wordt namelijk door slechts 13% van de respondenten positief op gereageerd dat meer dan 50% open staat om te stoppen.

Rookstop-begeleiding

Het grootste deel (60%) van de rookstop-begeleiding vindt plaats binnen het ziekenhuis waarbij vrijwel iedere rookstopconsulent in dienst is van het ziekenhuis. In 93% van de gevallen ligt de organisatie van de rookstop-zorg bij de vakgroep longziekten en in 38% van de gevallen is ook het ziekenhuis hierbij betrokken. Slechts incidenteel spelen andere vakgroepen zoals chirurgie, cardiologie, urologie en kno hierbij een rol.

HOE VAAK VERWIJST JE EEN PATIËNT NAAR EEN ROOKSTOP-POLI?



De stoppen-met-roken-zorg ligt vrijwel altijd in handen van een longverpleegkundige of PA of VS van de afdeling longgeneeskunde waarbij de longarts (23%) regelmatig betrokken wordt. In 24% van de gevallen is de rookstopconsulent er alleen voor patiënten van de longarts.

37% van de ziekenhuizen heeft geen eigen rookstoppoli of consulent waarnaar verwezen kan worden voor de begeleiding met stoppen met roken waarvan 85% aangeeft het wenselijk te vinden om een eigen rookstoppoli op te starten. De 15% die hier geen behoefte aan heeft, geeft aan dat het vooral van belang is een goede doorverwijsmogelijkheid te hebben en dat deze niet altijd binnen het ziekenhuis plaatst hoeft te vinden. Daarnaast wordt het niet gezien als academische zorg.

De voornaamste reden waarom een kliniek geen eigen rookstoppoli heeft ligt aan de financiering. Ook is een tekort aan geschoold personeel een probleem.

Doorverwijzen

Vanuit de ziekenhuizen zonder rookstop-begeleiding wordt 88% van de patiënten die willen stoppen met roken verwezen naar de huisarts of een extern bureau. Daarnaast wordt door 29% van de respondenten zelf voorlichting en eventueel een recept voor nicotinevervangers gegeven. Niemand geeft aan niet te verwijzen. Als er een goede verwijsmogelijkheid zou zijn zou de helft van de respondenten vaker een stop-roken advies geven. Zoals te zien in onderstaande diagram wordt er zeer regelmatig doorwezen maar is hier zeker nog winst te behalen.

Samenvattend kunnen we concluderen dat het grootste probleem bij het opzetten van een goede stoppen-met-roken-begeleiding ontstaat door een gebrek aan vergoedingen en de beschikbaarheid van personeel. De belangrijkste verbeterpunten binnen het ziekenhuis kunnen behaald worden door verbeterde samenwerking met andere specialismen, meer aandacht voor vaperen en betere doorverwijsmogelijkheden.

De volledige uitslagen van de enquête kunt u vinden op de website van de NVALT onder 'nieuws'.

Wilma Vlug

De Medisch Specialist als Ziekenhuisbestuurder

Vorbereiding, Rolopvatting en Spagaat

Achtergrond

De medisch specialist-bestuurder bevindt zich op het snijvlak van 2 professies; bestuurder en medisch specialist. Hoewel het in verschillende landen in Europa vanzelfsprekend of zelfs vereist is dat er een medisch bestuurder wordt aangesteld, is dat in Nederland niet het geval.

Uit literatuur blijkt dat een geneeskundig bestuurder in een ziekenhuis een voordeel kan betekenen voor de zorginstelling op vlak van kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid en het (financieel) resultaat van de organisatie. Het positieve effect op de kwaliteit van zorg ligt dan in de wijze van aansturing, het respect onder de medici en de specifieke kennis als medicus waardoor de bestuurder strakker kan sturen op kwaliteit. Ook kan het de relatie tussen medici en bestuurders positief beïnvloeden.

In 2015 had 30% van de Nederlandse zorgbestuurders een geneeskundige achtergrond, in 2020 was dat percentage afgenomen tot 15%, na invoering van de WNT. Kijken we enkel naar de ziekenhuizen, dan heeft 40% van de bestuurders geneeskunde gestudeerd.

Leidinggeven aan professionals blijkt niet zo goed te lukken als de deskundigheidsmacht ontbreekt, met andere woorden, als je niet weet waar het op de werkvloer over gaat, en vormt dan een risico op disharmonie in de organisatie. Een medisch specialist in het bestuur van een ziekenhuis kan in potentie de belangen van zowel bestuur als medici afwegen en zo samenwerking bevorderen. Bovendien voldoet een medisch specialist aan de voorwaarde van 'deskundigheidsmacht' om succesvol leiding te kunnen geven aan professionals.

Hoewel er in de literatuur uitgebreid steun te vinden is voor een structuur met medisch management, is er minder bekend over de competenties van de medisch managers of over de evaluatie van deze medisch managers en de behoefte aan opleiding. En wat het betekent voor een geneeskundig bestuurder om zich in een dergelijke positie te begeven, hoe deze zijn rol opvat en wat de combinatie van twee rollen met verschillende competentie-eisen doet met of eist van de bestuurder, blijkt nauwelijks onderzocht. In het kader van mijn afstuderen van de MhBA studie aan Erasmus Universiteit Rotterdam heb ik daar verder onderzoek naar gedaan.

Resultaten van onderzoek naar de medisch specialist als ziekenhuisbestuurder

De resultaten komen voort uit een literatuurstudie naar geneeskundig bestuurders, dataonderzoek uit een enquête onder 48 Nederlandse ziekenhuisbestuurders en interviews met 7 medisch specialist bestuurders van Nederlandse ziekenhuizen.

Vorbereiding

De voorbereiding op de bestuurlijke rol bestaat uit ervaring en scholing. Vrijwel altijd begint dit voor een medisch specialist met het voorzitterschap medische staf.

Achteraf bekeken waarderen de medisch specialist-bestuurders

hun voorbereiding wisselend, van 'zeer goed' tot 'ik heb veel gemist'. Dat wat er gemist wordt is nooit de ervaring, die is steeds uitgebreid, ook als manager. Maar wel is het de juiste opleiding, scholing of de kennis over wat besturen echt inhoudt. Het gemis ten aanzien van kennis over ziekenhuismanagement begint al in de studie geneeskunde, ook in de specialisatie komt het nauwelijks aan bod.

Scholing

Het scholingsaanbod is ruim in Nederland (en buitenland) en bestaat uit postacademische managementopleidingen (zoals MBA, MHA), masterclasses, en kortere (bij)scholingstrajecten gericht op een specifiek management-onderdeel. Een MBA of vergelijkbare opleiding wordt als waardevol gezien. Degenen zonder management- of bedrijfskundige opleiding geven aan dat het gemis hiervan goedge maakt kan worden door aanvullende opleidingen te volgen op specifieke onderdelen. Maar uiteindelijk leert men 'on the job', vinden de meeste medisch specialist-bestuurders, is het een zichzelf ontvouwend pad gebleken waarbij al doende meer ervaring en kennis werd opgedaan en is het aan jezelf om je te scholen op gebieden waar je hiaten merkt in je kennis. Eenmaal bestuurder blijft deze zich professioneel ontwikkelen door intervisie met andere bestuurders, door aanvullende opleidingen en door coaching.

Ervaring

Ervaring die medisch specialist-bestuurders hebben opgedaan als voorzitter van de medische staf bleek erg waardevol in aanloop naar de bestuurdersrol, net als het zijn van medisch manager of medisch directeur naast het vak als medisch specialist. Deze periode waarin beide rollen ten volle uitgeoefend worden, de hybride rol, wordt beschouwd als erg druk, maar vooral ook als leuk en leerzaam.

Hybride functie en spagaat

Een hybride functie, waarbij de medisch specialist als bestuurder ook klinisch actief blijft, blijkt niet vanzelfsprekend te zijn in Nederland. Het kan enerzijds duidelijke voordelen bevatten voor de bestuurder zelf en voor de zorginstelling, omdat de bestuurder direct op de hoogte blijft van en voeling houdt met wat er zich op de werkvloer afspeelt, en het hem/haar meer benaderbaar lijkt te maken en het draagvlak onder de medewerkers vergroot. Bovendien vinden de medisch specialist-bestuurders die hun rol hybride uitvoeren het leuk om hun vak als medisch specialist te kunnen blijven uitoefenen, wat het werkplezier vergroot. Maar anderzijds kan het je werk nog drukker kan maken dan het al is als bestuurder, en bestaat het risico dat je beide functies niet ten volle zou kunnen uitoefenen.

De periode waarin de medisch specialist een hybride functie uitoefent is ook de tijd waarin het meest een spagaat wordt ervaren tussen een bestuurlijke/management rol en de klinische rol van medisch specialist, hoewel dit ook als lid van de raad van bestuur nog wel gevoeld kan worden. Die spagaat komt dan voort uit de



vraag en soms twijfel of beide rollen met voldoende kwaliteit kunnen worden uitgevoerd.

Rolopvatting

De rolopvatting van medisch specialist-bestuurders in een ziekenhuis is in de eerste plaats strateeg, daarnaast worden boegbeeld of ambassadeur van het ziekenhuis het belangrijkste gevonden. Het stimuleren van medewerkers is daarbij een belangrijke taak. Ten opzichte van de medebestuurder is de medisch specialist-bestuurder doorgaans degene met de focus op kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid en het gezicht naar extern toe.

Opvallend is dat alle geïnterviewde bestuurders zich bovenal blijven identificeren met het zijn van arts, ook al voeren ze die functie niet allemaal meer uit. De identiteit van een medisch specialist-bestuurder blijkt sterk bepaald te worden juist door het zijn van medisch specialist. Het vooruitzicht om deze titel te verliezen is er één die twijfel over het aangaan van de bestuurlijke rol veroorzaakt, naast de wens om de werkzaamheden als medisch specialist in de patiëntenzorg niet volledig achter zich te laten.

Conclusie

Ik pleit voor meer aandacht voor ontwikkeling en optimalisering van de scholing voor (aankomend) bestuurders en onderzoeken van de meerwaarde van een masteropleiding (MBA, MHA). Ook het verder onderzoeken van de hybride bestuurdersrol, waarbij de medisch specialist klinisch actief blijft, is aan te bevelen. Het vooruitzicht de erkenning als medisch specialist te verliezen blijkt een struikelblok te zijn voor collega's om een bestuurlijke functie te aanvaarden. Ook de WNT (Wet Normering Topinkomens) heeft er waarschijnlijk aan bijgedragen dat sinds 2015 veel minder medisch specialisten kiezen voor een bestuurlijke rol. Wat mij betreft zou een debat over deze onderwerpen welkom zijn.

Praktische aanbevelingen voor de bestuurlijk geïnteresseerde medisch specialist:

Om als medisch specialist een bestuurlijke rol op te nemen begint het met een overtuigende ambitie om de zorg in het algemeen te verbeteren. Hieronder volgen enkele praktische aanbevelingen die naar voren kwamen uit de interviews met medisch specialist-bestuurders:

Hoe voorbereiden op een bestuurlijke rol?

Ben je als medisch specialist geïnteresseerd in management- of bestuurlijke functies, begin er dan aan, ongeacht je ervaring of opleiding/training, ongeacht je leeftijd.

Helpend op een pad naar bestuurder zijn hybride functies zoals vakgroepvoorzitter, bestuur medische staf en medisch manager. Maar ook een brede interesse in maatschappelijke of wetenschappelijke onderwerpen, en accepteren van nevenfuncties of commissies regionaal, landelijk of internationaal. Een uitgebreide postacademische (master)opleiding zoals MBA, MHA en leergang voor (aankomend) bestuurders draagt bij aan een brede algemene basis voor de rol van bestuurder. Daarnaast is het aan te bevelen kennishiaten op te vullen door specifieke trainingen of cursussen te volgen.

De bestuurlijke rol is er een waar je steeds verder in groeit naar mate je meer ervaring opdoet en je verder ontwikkelt. Meerdere bestuurders geven het advies om mee te lopen met een bestuurder, om je zo een beter beeld te vormen van de inhoud van de rol.

Hybride functie of niet?

Uiteindelijk is het een persoonlijke beslissing of je als bestuurder klinisch actief blijft als medisch specialist, en dat ligt aan verschillende factoren:

1. Past het jou? Vind je het leuk, geeft het je voldoening?
2. Past het je vak? Vooral beschouwende niches in je vakgebied, met zeer laag complicatierisico en geen spoedeisende zorg lijken hiervoor het meest geschikt.
3. Past het je organisatie? Een hybride functie lijkt mogelijk op voorwaarde dat je organisatie het steunt, en op voorwaarde dat er zeer duidelijke afspraken worden gemaakt met de raad van bestuur, de medische staf, de vakgroep en de raad van toezicht hierover.

Hoe spagaat voorkomen?

Om te voorkomen dat je als medisch specialist en (aankomend) bestuurder in conflicterende situaties, of spagaat, terecht komt is absolute rolduidelijkheid op ieder moment cruciaal. Enerzijds leg je die vast in afspraken, anderzijds is het aan jezelf om geen twijfel te laten bestaan over in welke rol je op welk moment zit.

Indien je geïnteresseerd bent in een exemplaar van de volledige thesis, neem dat contact op.

*Lisette Venekamp
Longarts - somnoloog Kempenhaeghe, MhBA*

The Early Life Adaptive Immunity – Determinants and immune-mediated diseases

Samenvatting Kirsten I.M. Looman

Erasmus Universiteit Rotterdam, 19 april 2022

Promotoren: Prof. dr. H.A. Moll en Prof. dr. J.C. Kiefte-de Jong

Copromotor: dr. M.C. van Zelm



Het immuunsysteem speelt een cruciale rol in gezondheid en ziekte. Binnen het immuunsysteem moet er een voldoende balans zijn tussen de verdediging tegen ziekteverwekkers en immuunregulatie om schade van reacties tegen onschadelijke stoffen (allergie) of het eigen lichaam (auto-immuniteit) te voorkomen. In deze balans is er een nauwe samenwerking

tussen het aangeboren en de adaptieve immuniteit. De adaptieve immuniteit wordt met name gevormd door T- en B-cellen. Dit proefschrift is gebaseerd op de hypothese dat de balans in het immuunsysteem wordt gevormd gedurende de kindertijd onder invloed van genetische en niet-genetische factoren en dat een disbalans in de vorming van de adaptieve immunerespons en het immunologisch geheugen een risicofactor is voor de ontwikkeling van bepaalde ziekten op de kinderleeftijd. Mijn onderzoek is uitgevoerd binnen de Generation R studie, een prospectieve geboortecohort studie in Rotterdam onder bijna 10,000 vrouwen en hun kinderen die de groei, ontwikkeling en gezondheid van foetus tot en met jongvolwassen leeftijd onderzoekt.

Adaptieve immuniteit en immuungemedieerde ziekten op de kinderleeftijd

Deel I van mijn proefschrift behandelt de associatie tussen de adaptieve immuniteit en immuungemedieerde ziekten op de kinderleeftijd.

We observeerden dat kinderen met een atopische ziekte hogere aantal T helper 2 (Th2), regulatoire T (Treg), geheugen Treg en IgA+ B-geheugencellen hebben. Bij het onderzoeken van de individuele atopische ziekten hadden kinderen met eczeem of sensitisatie voor inhalatie- of voedselallergenen hogere aantallen geheugen Treg cellen. Alleen de kinderen met sensitisatie voor voedselallergenen hadden hogere aantallen CD27+IgA+-geheugen B-cellen, een subset van de B-cellen die zich ontwikkelt met behulp van de T-cellen. IgA heeft een rol in de mucosale immuniteit van onder andere de darm. De hogere aantallen Treg en CD27+IgA+ B-geheugencellen bij kinderen met sensitisatie voor voedselallergenen is suggestief voor een TGF- β -gemedieerde compensatie voor chronische inflammatie.

Ook hebben we de associatie tussen aandachtsproblemen en een mogelijk pro-inflammatoir immuunprofiel onderzocht waarbij we zagen dat kinderen met meer aandachtsproblemen hogere aan-

tallen circulerende Th1 en cytotoxische T-cellen hebben.

Vitamine D en adipositas en adaptieve immuniteit

In deel II van dit proefschrift worden serum 25-hydroxyvitamine D en adipositas in relatie tot de B- en T-cellen bestudeerd. Voorgaande studies hebben aangetoond dat vitamine D effect heeft op de T-cel functie via de vitamine D receptor die aanwezig is op geactiveerde T-cellen. In onze populatie zagen we dat kinderen met hogere vitamine D spiegels hogere aantallen effector geheugen T-cellen hebben. Dit suggereert dat vitamine D de cellulaire immuniteit van kinderen stimuleert. Bij volwassenen is obesitas geassocieerd met chronische laaggradige inflammatie wat mogelijk bijdraagt aan toekomstige chronische ziekten. Het is onduidelijk of deze adipositas-gerelateerde inflammatie al aanwezig is bij kinderen. Wij rapporteren dat de aanwezigheid van meer visceraal vet bij kinderen geassocieerd is met meer circulerende V δ 2+V γ 9+ T-cellen en CD8+TemRO cellen. Dit impliceert mogelijk dat adipositas-gerelateerde inflammatie al aanwezig is bij kinderen met adipositas.

Genetische varianten en adaptieve immuniteit

Deel III van dit proefschrift bespreekt de associatie tussen genetische varianten en de adaptieve immuniteit. Mutaties in het FLG veroorzaken een defect in de barrièrefunctie van de epidermis en leiden daarmee tot een verhoogd risico op eczeem. We onderzochten de meest voorkomende FLG SNPs binnen de Europese populatie. Deze waren aanwezig bij 8,4% van het totaal aantal kinderen en 15,7% van de kinderen met eczeem. Kinderen met een FLG variant hadden meer Th22 cellen wat mogelijk een uiting van de immunologische reactie op de veranderde huidbarrière is. Er waren geen verschillen in andere T en B cel populaties. Tevens hebben we bij 6-jarige kinderen polygenetische risico scores (MS-PRS) voor multiple sclerose (MS) bepaald op basis van bekende genetische risicovarianten voor MS. We observeerden dat een hogere MS-PRS gecorreleerd is met lagere aantallen CD8+ T-cellen en een hogere CD4+/CD8+ T-cel ratio. Onze studie suggereert dat genetische risico varianten van MS al op kinderleeftijd een verandering veroorzaken in de T-cel compositie.

Samenvattend draagt mijn proefschrift bij aan de kennis over de relatie en interacties van de adaptieve immuniteit met omgevingsfactoren, genetische factoren en immuungemedieerde ziekten op de kinderleeftijd.

Het complete proefschrift kunt u downloaden op de NVALT-website.



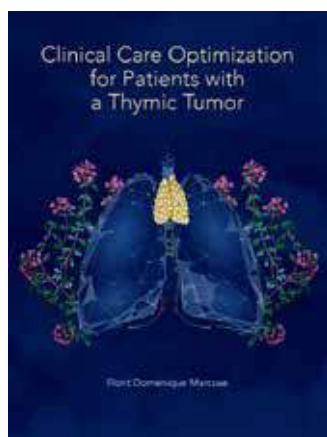
Clinical care optimization for patients with a thymic tumor

Samenvatting proefschrift Florit Marcuse

Maastricht University, 16 september 2022

Promotoren: Prof. dr. J.G. Maessen, Prof. dr. M.H.V. De Baets

Copromotor: Dr. M.M.H. Hochstenbag



Het proefschrift van Florit Marcuse richt zich op het optimaliseren van klinisch zorg voor patiënten met een thymustumor.

De thymus wordt regelmatig gezien als een 'vergeten orgaan'. Of het wordt gewaardeerd als delicatessen in de vorm van kalfszwezerik. De vlindervormige structuur, gelegen tussen het hart en sternum, heeft echter een belangrijke rol bij opvoeden

van het afweersysteem. Een vergrote thymus op de volwassen leeftijd kan meerdere oorzaken hebben. Een infectie kan bijvoorbeeld voor een tijdelijke vergroting zorgen. Ook in het huidige SARS-CoV-2 tijdperk is een thymus-hyperplasie geen ongewone bevinding. Toch zijn thymustumoren zeldzame aandoeningen, waardoor expertise cruciaal is voor het leveren van de juiste zorg. Epitheliale tumoren zoals thymomen en thymus carcinoomen worden vaak per toeval ontdekt, en verwijzingen verlopen meestal via de longarts. Myasthenia gravis (MG), een neuromusculaire auto-immuunziekte, gaat vaak gepaard met folliculaire-hyperplasie van de thymus. MG kan echter ook voorkomen als paraneoplastisch syndroom in thymomen, en andersom hebben patiënten met MG een hoger risico op het ontwikkelen van een thymoom. De meeste patiënten met een thymustumor en/of MG hebben een indicatie voor een thymectomie. Daarnaast hebben sommige patiënten met een thymustumor een indicatie voor systeem- of radiotherapie. In het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC) worden sinds 2004 bijna alle patiënten met een thymustumor geopereerd met behulp van de DaVinci robot (robot-thymectomie). Deze operatietechniek is minder invasief dan een thoracotomie of sternotomie. Marcuse en haar team kwamen tot de conclusie dat de robot-operatie veilig en goed uitvoerbaar was in het overgrote deel van de patiënten. Gemiddeld duurt de operatie 116 minuten en verblijft men drie dagen in het ziekenhuis. In slechts 8.4% van de patiënten met een thymoom was een conversie van de operatietechniek noodzakelijk om een volledige resectie na te streven. Postoperatieve radiotherapie was geïndiceerd in 27.7% van de patiënten. In patiënten met een thymoom was de recidiefkans 7.8% en de vijfjaarsoverleving 96.6%. Thymomateuze MG-patiënten hadden meer kans op complicaties dan nonthymomateuze patiënten. Remissie van MG (47.8%) werd

geobjectiveerd na gemiddeld 26 maanden. In het MUMC ontdekten ze dat 10.8% van de patiënten met een thymoom subklinische MG heeft. Ofwel, er zijn al antistoffen tegen de acetylcholinereceptor (anti-AChR-ab) vindbaar in het bloed maar de patiënt heeft nog geen neurologische klachten. De resultaten

tonen daarnaast dat 91% van de patiënten met subklinische MG alsnog klinische klachten ontwikkelden, variërend van één dag na de thymectomie tot zelfs zes jaar erna. Marcuse legt uit: "Deze publicatie toont aan hoe belangrijk het is om patiënten met een verdenking op een thymoom uitgebreid voor te bereiden op een thymectomie en een antistoffen status mag daarbij niet ontbreken. De kans op myasthenie complicaties is namelijk groter bij patiënten met positieve anti-AChR-ab". Daarnaast kwam haar team tot de conclusie dat er ook een verband bestaat tussen afname van de anti-AChR-ab en afname van MG-klachten. Dat een multidisciplinaire samenwerking van groot belang is, kwam ook naar voren in een pilotstudie naar het verbeteren van adjuvante radiotherapie bij patiënten met een thymoom. Voor een radiotherapeut kan het uitdagend zijn om een plattegrond te maken op basis van verslagen en MDO's, en ook de optimale dosering bepalen kan lastig zijn door het ontbreken van evidence-based richtlijnen. Marcuse werkte samen met centra in Parijs, Antwerpen, Leuven en Rotterdam. In deze studie dienden radiotherapeuten en chirurgen, geblindeerd voor elkaars resultaten, de 'stralings-plattegrond', ook wel delineatie genoemd, te maken. Er was matige overlap in de plattegrond in de gebieden die de radiotherapeuten 'verdacht' vonden vergeleken met de uitkomsten van de chirurgen. In de eindsessie moesten beide specialisten met elkaar samenwerken en bleek de input van de chirurg een grote invloed te hebben op de delineatie. Het is van belang om in toekomstige studies te analyseren of de verschillen tussen radiotherapeut en chirurg ook impact hebben op toxiciteit, recidiefkans en mortaliteit. Marcuse hoopt met haar proefschrift te verspreiden dat het bij de behandeling van thymustumoren van groot belang is dat er naast expertise ook een nauwe samenwerking wordt nagestreefd tussen longarts, neuroloog, radioloog, chirurg, patholoog en radiotherapeut.



Het complete proefschrift kunt u downloaden op de NVALT-website.

Amsterdams Longcongres 2022

Op 10 en 11 maart 2022 de derde editie van het Amsterdams Long Congres plaats. Zoals gebruikelijk was er op de eerste dag een plenair programma. Josien van Es beet het spits af met een uitstekend verhaal over de recente ontwikkelingen in de behandeling van longembolie. Vervolgens behandelde Harm Jan Bogaard de complicaties van longembolie en Rutger Lelij de intravasculaire behandelingsopties. Na de pauze verzorgden Els Weersink en Josje Altenburg een prachtige grand round, waar een panel van experts op het gebied van luchtwegaandoeningen geconsulteerd werd over uitdagende casuïstiek. Na afloop van het programma wandelde het gezelschap naar de boot voor een mooie rondvaart. De avond viel en bij het prachtige decor van de fraai verlichte Amsterdamse grachten was het aangenaam bijpraten na die lange COVID-tijd. De dag werd afgesloten met een gezellig diner in het Amstel Boathouse.

Op de tweede dag waren er dit keer 3 parallele sessies: Oncologie, Longziekten en een studententrack. De oncologie track bevatte vier zeer interessante sessies. Er werd aandacht besteed aan nieuwe ontwikkelingen in de diagnostiek en behandeling van alle stadia van niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC), van vroeg stadium NSCLC tot stadium IV. In de laatste sessie was er vooral aandacht voor het patiëntperspectief. Dr. Pauline Leonard uit Londen belichtte heel mooi het grote belang van effectieve communicatie met de patiënt in het sterk veranderende landschap van de longoncologie. De Longziekten track bevatte drie sessies. De eerste sessie handelde over interstitiële longaandoeningen (ILD). Na een debat over nut en noodzaak van histopathologie in de diagnose van ILD werden myositis geassocieerde ILD en de rol van de pulmonale circulatie in ILD besproken. In de tweede sessie 'Clinical Pearls' werd bijzondere casuïstiek op interactieve wijze besproken. In de derde sessie over COVID werden onder voorzitterschap van Lieuwe Bos nieuwe wetenschappelijke inzichten over de behandeling van COVID kritisch besproken en werd verslag gedaan van de post COVID-poli. Tenslotte was er dit jaar een aparte track voor studenten onder leiding van Ilias Houda, waarbij studenten kennis konden maken met ons prachtige vak. Heel bijzonder was een 'practicum' inspanningsfysiologie waarbij roeier Koen Metsemakers, winnaar van olympisch goud op de dubbel vier in Tokio, werd onderworpen aan een fietstest. Het congres werd plenair afgesloten door Marcel Levi, die zijn licht liet schijnen over de veranderingen in de gezondheidszorg als gevolg van COVID-19. Een volle zaal hing aan zijn lippen en een levendige discussie volgde. Zo kijken we ontspannen terug op weer een zeer succesvol Amsterdams Longcongres en we hopen u volgend jaar in Amsterdam te mogen verwelkomen.

*Namens de congrescommissie,
Hans Daniels*



Hoe verbeteren we chronische nachtelijke maskerbeademing bij patiënten met COPD: een aanpak op vele vlakken.



Chronische nachtelijke thuisbeademing verbetert de kwaliteit van leven en overleving bij patiënten met ernstig COPD en een chronisch hypercapnisch respiratoir falen. Hoewel het een complexe therapie betreft, wordt chronische beademing tegenwoordig in toenemende mate zowel thuis opgestart, bijgesteld als begeleid. Eerdere studies hebben laten zien dat het opstarten van chronische beademing ook thuis kan; deze manier waarbij gebruik werd gemaakt van remote monitoring van beademings- en gaswisselingsgegevens, was niet inferieur, patiënt vriendelijker en goedkoper dan de standaard methode van instellen in het ziekenhuis.

Echter ook bij de follow-up van onze patiënten zijn nog stappen te maken; hoe, wanneer, hoe vaak moeten we patiënten monitoren, welke tekenen zijn er te identificeren

dit achteruitgang voorspellen en hoe kunnen we hier dan tijdig op inspelen? Hoe maken we optimaal gebruik van het feit dat patiënten dagelijks hun beademingsmachine gebruiken en dat we dus, zonder dat patiënten hiervoor extra handelingen hoeven te verrichten, potentieel altijd de beschikking kunnen hebben over gegevens uit de beademingsmachine?

In samenwerking met de Universiteit Twente gaat Dr. Marieke Duiverman, longarts bij het Centrum voor Thuisbeademing van het UMCG, door middel van een subsidie vanuit het Open Technologie programma van NWO onderzoeken wat de beste strategie is om patiënten die thuisbeademing krijgen te begeleiden en te monitoren. Hiervoor zullen wij een monitor systeem ontwikkelen

waarbij zowel gekeken wordt naar de interactie tussen de patiënt en de beademingsmachine, de mechanica van het respiratoire systeem en de uitkomst, namelijk de gaswisseling. Dit monitorsysteem zal voldoende robuust moeten zijn om thuis te kunnen meten en de data zullen via telemonitoring naar de onderzoekers worden verstuurd. Het uiteindelijke doel is dat we een robuust systeem van monitoring op afstand van essentiële parameters ontwikkelen waarbij uiteindelijk zelfs de beademing via een closed loop feedback systeem kan worden aangepast. Hiermee werken we aan de thuisbeademing van de toekomst: hoog technologische optimale zorg op de juiste plek, thuis!

Marieke Duiverman
UMCG



Vlnr: Arnold Duiniveld, Lidewij Visser, Lieke Kamphuis

Expertisecentrum voor congenitale & perinatale longziekten in het Erasmus MC

Patiënten met ziektebeelden als bronchopulmonale dysplasie, congenitale hernia diafragmatica, slokdarmatresie en CPAM bereiken tegenwoordig steeds vaker de volwassen leeftijd door de verbeterde behandelingen.

In het Erasmus MC bestaat sinds 2019 het expertisecentrum voor volwassen patiënten met congenitale en perinatale longziekten (CPL). Dit centrum is uniek, omdat dit het enige expertisecentrum in Nederland, maar ook wereldwijd is. Graag willen wij als behandelteam de naamsbekendheid van ons centrum onder de leden van de NVALT vergroten. Sinds de introductie van ECMO in de jaren 90 is de mortaliteit bij kinderen met congenitale longziekten aanzienlijk verminderd en wordt de volwassen leeftijd vaker bereikt. Echter na het bereiken van de volwassen leeftijd vond er regelmatig geen standaard controle meer plaats. Als er pulmonale problemen ontstonden presenteerden deze patiënten zich vaak in een later stadium van hun ziekte bij een longarts en was er met enige regelmaat al sprake van irreversibele schade zoals bijvoorbeeld bronchiëctasieën. Dit heeft er toe geleid dat het Erasmus MC (Lieke Kamphuis) in 2019 begonnen is met specifieke poliklinische zorg voor deze groep patiënten. Drie jaar later hebben we meer dan

400 patiënten in ons centrum, uit binnen- en buitenland en bestaat het team uit drie enthousiaste longartsen (Lieke Kamphuis, Lidewij Visser en Arnold Duiniveld).

Transitie van zorg

Het Sophia Kinderziekenhuis is actief betrokken in dit expertisecentrum. Elke CPL patiënt wordt nu standaard verwezen bij het bereiken van de volwassen leeftijd. Door toename van de naamsbekendheid neemt de frequentie van verwijzingen uit andere (kinder)ziekenhuizen toe. Tevens weet de oudere CPL patiënt ons steeds beter te vinden via de diverse patiëntenverenigingen en andere medisch specialisten. De meest voorkomende ziektebeelden die wij zien zijn: bronchopulmonale dysplasie (BPD), congenitale hernia diafragmatica (CHD) en slokdarmatresie. Voor deze ziektebeelden hebben we zorgpaden ontwikkeld zodat deze patiënten op een gestandaardiseerde wijze worden gezien en behandeld. Minder frequente aandoeningen die in ons centrum gezien worden zijn ziektebeelden zoals congenitaal longemfyseem, CPAM (congenital pulmonary airway malformation), Scimitar syndroom, Noonan syndroom en congenitaleILD-beelden. Met enige regelmaat vinden wij een ernstige luchtwegobstructie (FEV1 van 30% is niet ongewoon),

ernstige restrictief gestoorde longfunctie, tracheomalacie en bronchiëctasieën. Daarnaast is de kans op longkanker bij CPAM verhoogd en vindt hier follow-up voor plaats. Afhankelijk van de ziektelast en de ernst van de aandoening wordt de patiënt laag frequent danwel hoogfrequent teruggezien. Dit varieert van een keer per drie maanden tot een keer per vijf jaar.

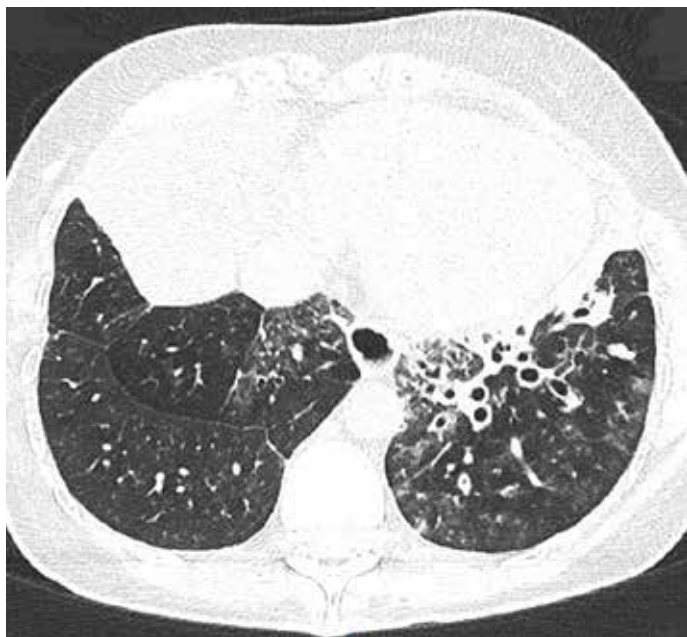
Voorbeeld van een zorgpad: BPD

Het ziektebeeld BPD kenmerkt zich in twee subgroepen: de klassieke BPD en het nieuwe BPD beeld. De klassieke variant komt met name voor bij oudere patiënten. Deze patiënten categorie heeft met name longschade opgelopen door langdurige beademing in de neonatale periode. Gezien de steeds verder verbeterende beademingstechnieken bij neonaten komt deze vorm van BPD steeds minder vaak voor. Doordat neonaten betere overlevingskansen hebben bij een extreme vroeggeboorte, wordt het huidige BPD beeld met name veroorzaakt door inadequate ontwikkeling van de longen die normaal gesproken voornamelijk in de late fase van de zwangerschap plaats vindt. De meerderheid van de patiënten presenteert zich nu met deze vorm van BPD. Klinisch kan zich dit uiten in longhypoplasie en een minder goede ontwikkeling van de grotere luchtwegen. Bij nieuwe patiënten wordt een

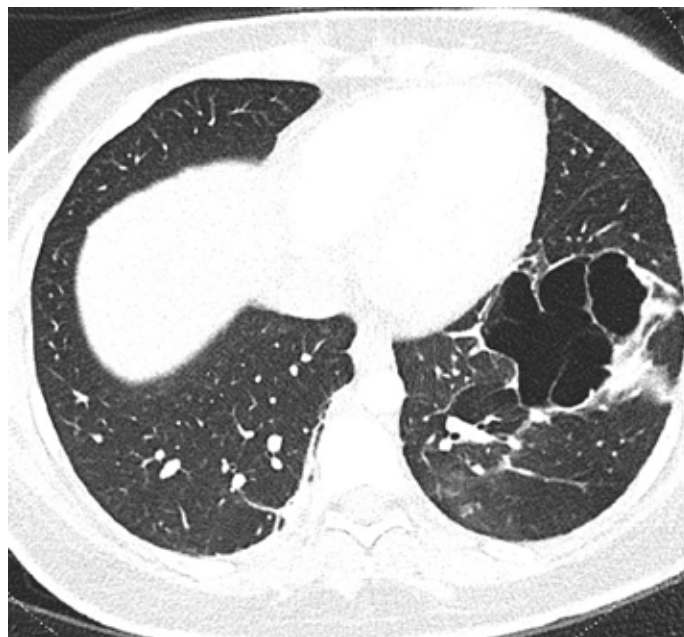
CT-thorax gemaakt en een uitgebreide longfunctie gedaan. Veel patiënten met BPD hebben een obstructief gestoorde longfunctie of een milde restrictie met een verhoogde luchtwegweerstand. Een gerandomiseerde gecontroleerde trial naar de beste medicamenteuze behandeling bij deze specifieke groep patiënten zal spoedig starten. Verder krijgen patiënten met BPD op indicatie een polygrafie en een verwijzing naar de cardiologie voor het uitsluiten van pulmonale hypertensie.

Praktische kennis vertalen naar evidence based medicine

Het expertisecentrum is wereldwijd het enige centrum voor volwassen patiënten met een CPL. Vooralnog is er over deze patiëntencategorie weinig wetenschappelijke data beschikbaar en zijn er geen internationale behandelrichtlijnen. Door iedere patiënt gestructureerd volgens zorgpaden te zien en te includeren in onze database hopen wij op termijn de opgedane praktische kennis te onderbouwen met harde wetenschappelijke data en internationale richtlijnen op te kunnen stellen voor de follow-up en behandeling. Daarnaast hebben we een multidisciplinair overleg (MDO) voor onze CPL patiënten. Wat is bijvoorbeeld de beste aanpak van een symptomatische tracheomalacie bij een patiënt met status na slokdarmatresie? En moet een recidief CHD geopereerd worden? Dit zijn enkele vragen die we in ons MDO bespreken



Ernstige bronchiëctasieën veroorzaakt door GERD bij status na slokdarmatresie



Lokalisatie CPAM in linker onderkwab

tezamen met een dedicated radioloog, MDL-arts, kinderarts en chirurg. Zo hopen wij in de toekomst meer gestructureerde praktische ervaring op te doen en wetenschappelijke onderbouwing te leveren van wat wel en niet verstandig is.

Samenwerking andere specialismen

Een goed voorbeeld van samenwerking met andere specialismen is de samenwerking met de afdeling gynaecologie. Onze patiënten zijn over het algemeen relatief jong en bevinden zich in de vruchtbare levensfase. Indien patiënten daaraan behoefte hebben kunnen ze laagdrempelig terecht voor pre-conceptioneel advies en is genetisch onderzoek mogelijk. Bij de CHD en slokdarmatresie zijn reeds genafwijkingen bekend waarop gescreend kan worden. Indien er een zwangerschap is dan worden patiënten intensief begeleid in ons ziekenhuis. Een ander voorbeeld is de begeleiding van patiënten met status na een CHD. Veel van deze patiënten hebben een bepaalde mate van longhypoplasie, kans op een recidief hernia, maar ook een kans op een mechanische ileus ten gevolge van verklevingen na de eerdere correctie van de CHD. Om dit te ondervangen is er een nauwe samenwerking met de MDL-artsen en de chirurgen. Samenwerking met de MDL-arts is er ook bij patiënten met een status na een CHD en slokdarmatresie. Beide aandoeningen

geven een hogere kans op een Barrett Oesofagus en hiervoor is op dit moment een levenslange controle door middel van een gastroscopie geïndiceerd. Bij deze groep speelt gastro-oesofageale reflux (GERD) een belangrijke rol in het dagelijks leven en wordt er met enige regelmaat op de CT-thorax aangetoond dat er sprake is van bronchiëctasieën gerelateerd aan de GERD.

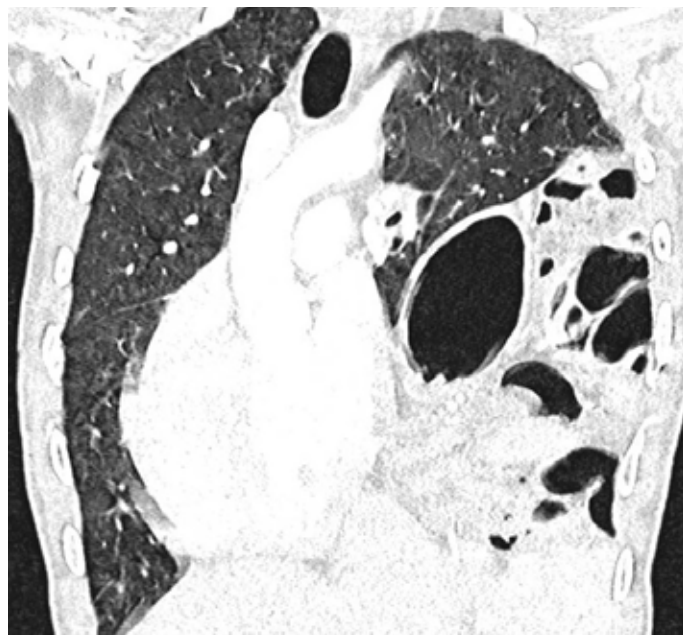
Onderwijs en kennisoverdracht

Eenzijds staat de wetenschappelijke kennis van volwassen CPL patiënten letterlijk en figuurlijk nog in de kinderschoenen. Anderzijds vinden wij het belangrijk om de opgedane kennis over te dragen. Voorbeelden hiervan zijn presentaties op congressen en bij patiëntenverenigingen. Ook is er contact met collega artsen uit het buitenland en lopen zij met ons mee in het Erasmus MC. Mocht je na het lezen van dit stuk interesse hebben in onze polikliniek, schroom dan niet en neem contact met ons op. Ons e-mailadres is: CentrumCPL@erasmusmc.nl

*Arnold Duiniveld
Lieke Kamphuis
Lidewij Visser*



Congenitaal longemfyseem en pectus excavatum



Niet gecorrigeerde hoogstand van congenitale hernia links

Tuberculose en longrevalidatie in Nijmegen

Na meer dan 100 jaar is er een einde gekomen aan de zorg voor longpatiënten op het terrein van Dekkerswald in Groesbeek. Alle patiënten zijn verhuisd naar de locatie Radboudumc in Nijmegen. Drie longartsen van het Radboudumc vertellen over het afscheid van Dekkerswald en hoe het werken op de nieuwe locatie bevalt.

Hoe ervaren jullie de overstap van Dekkerswald naar de nieuwbouw in het Radboudumc?

Bram van den Borst - longarts: "Met mixed feelings. Het is een cliché, maar in deze context is dat absoluut waar. Ik heb zelf relatief kort gewerkt op locatie Dekkerswald, slechts 4,5 jaar. Maar je voelt aan alles dat daar historie geschreven is en nu moeten we dat zelf hier gaan opbouwen. Dat contrast is groot. Vanuit mijn perspectief zag ik ook wel dat het gebouw op is. Het was niet meer van deze tijd waar het gaat om zorginnovaties en het contact met specialisten van andere disciplines. Dat heb ik wel gemist op Dekkerswald. Dat we nu allemaal onder één dak zitten, maakt veel verschil. Je kunt elkaar veel makkelijker treffen en even langslopen. Ook bij andere specialisten. Dat is een groot voordeel want die multidisciplinaire samenwerking is in ons vak in toenemende mate relevant."

Monique Reijers - longarts: "Ik voel me een beetje onthecht. Ik heb zo lang poli gedraaid op Dekkerswald met een vast team en een bepaalde sfeer. Een sfeer die ik hier nog niet kan bieden aan mijn patiënten. Ik geloof wel dat dat niet afhangt van een plek maar van mensen. Dus dat komt hier vast nog wel."

Martin Boeree - hoogleraar Klinische tuberculose en andere mycobacteriële infecties: "Voor mij is het wel bijzonder, op een goede en slechte manier. Toen wij in 2010 besloten dat we naar het Radboudumc gingen ben ik gaan lobbyen voor een nieuw gebouw. Het goede nieuws is dat het gelukt is en dat het gebouw er staat (gebouw P). Het is prachtig! Het is fantastisch ingericht en is volledig up-to-date. We hebben een combinatie met de tuberculose- en longinfectie unit en de High Level Isolation Unit. Het slechte nieuws echter is dat het nooit beter wordt dan Dekkerswald. Ik heb hier altijd met veel plezier gewerkt. Er is hier rust en regelmaat en staat minden in het groen. Bij Dekkerswald hadden we hele korte lijnen, iedereen kende elkaar."

Wat vinden jullie en jullie patiënten van het nieuwe gebouw?

Bram van den Borst: "Een belangrijk deel van mijn werk is in de longrevalidatie. Dat is in gebouw L. Dat ziet er zo mooi uit! Wat ik heel goed gelukt vind in het ontwerp is dat het een hele open uitstraling heeft. Het is rustig, het is zacht en het

ademt niet de sfeer van een klinische ziekenhuis maar dat is wel gecreëerd binnen het Radboudumc. Dat is iets waar we heel trots op zijn.

Patiënten ervaren in gebouw L veel meer privacy. We hadden in Dekkerswald nog gedeeld sanitair. Nu hebben we alleen maar ruime eenpersoonskamers met alle voorzieningen. Dat is voor patiënten één van de grootste veranderingen. We hebben hier nu patiënten die hun traject gestart zijn in Dekkerswald en zijn meeverhuisd. Ik zie bij hen ontzettend veel ontspanning en opluchting dat hun traject gewoon doorgang kan vinden. Dat is vooral te danken aan de enorme inzet van iedereen, de goede voorbereiding en uitvoering van de verhuizing want het was echt een enorme logistieke operatie.”

Monique Reijers: “De meeste patiënten moeten nog wel even wennen en vinden vooral dat ze een heel stuk moeten lopen. Dat snap ik wel als je het vergelijkt met Dekkerswald. Het gros heeft inspanningsbeperkingen en dan zijn de afstanden hier in het Radboudumc best wel groot. Zeker als je het vergelijkt met Dekkerswald. Maar het heeft ook voordelen. Ik denk nu zelf veel makkelijker ‘oh, ik kom wel even naar je polikamer gelopen om even mee te kijken’. Dan hoeven patiënten geen aparte afspraak met mij te maken.”

Marlies van der Meij
Radboudumc



Huiskamer



Gebouw P





125 jaar Nederlands Astmacentrum Davos

Wat ooit begon als een plek voor mensen met tuberculose, is nu een gespecialiseerde kliniek voor mensen met ernstig astma. Dit jaar bestaat het Nederlands Astmacentrum Davos (NAD) 125 jaar.

De hooggebergtekliniek in Davos is in 1897 begonnen als sanatorium waar mensen met tuberculose (tbc) werden opgenomen. Tbc werd steeds beter behandelbaar maar veel mensen met tbc bleken ook een obstructieve longaandoening te hebben. “Een groot percentage van de mensen met een obstructieve longaandoening bleek zich veel beter te voelen in Davos, vanwege het klimaat en de luchtkwaliteit”, vertelt Tim Roldaan, directeur van het NAD. “Sinds de jaren 50 werden daarom steeds meer mensen met astma behandeld.” Tot de jaren 70 van de vorige eeuw was de patiëntenvereniging Nederland-Davos (VND) medeverantwoordelijk voor de exploitatie van de kliniek. “Zij spelen dan ook een belangrijke rol in deze geschiedenis en nu nog steeds als belangenbehartiger van de astmapatiënten.”

Turbulente jaren

Sinds de jaren 90 maakte het NAD turbulente jaren door vanwege de vervelende en lastige discussie over de effectiviteit van klinische longrevalidatie in Davos ten opzichte van behandeling in Nederland, waarvan de laatste jaren met het Zorginstituut Nederland. Roldaan: “Uiteindelijk heeft het Zorginstituut besloten dat er onvoldoende bewijs was voor de meerwaarde, met name omdat goede *randomized clinical trials* ontbraken, wat ik op zich begrijp vanuit hun optiek. Wij zien zelf wel hele goede resultaten. Er zijn bijna 50 studies gedaan naar de behandeling in Davos, waaruit blijkt dat mensen daar heel goed van

opknappen. Observatieve studies kunnen mijns inziens ook de meerwaarde aantonen. De behandeling van ernstig astma bij het NAD is nu even duur als de behandeling in Nederland. En misschien is dat maar goed ook. Dan ligt de focus echt op de zorg die wij bieden en niet op de kosten. Het feit dat we uit vrijwel alle ziekenhuizen verwijzingen krijgen en steeds meer patiënten zien die falen op de nieuwe geneesmiddelen, geeft in ieder geval aan dat er nog steeds een grote behoefte is aan deze zorg.”

Waardevol

Het in februari in het internationale tijdschrift *Allergy* verschenen *position paper* van de *European Academy of Allergy and Clinical Immunology* (EACCI) over hooggebergtebehandeling sluit hierbij aan. De auteurs beschouwen *European Alpine Altitude Climate Treatment* (AACT), zoals zij het noemen, als een waardevolle therapie voor die patiënten die volgens de geldende richtlijnen geen optimale controle over hun astma kunnen krijgen, ongeacht het astmafenotype. Zij lopen daardoor het risico steeds verder achteruit te gaan in hun lichamelijke en geestelijke gezondheid. Gezien de snelle afname van ontsteking en immunomodulerende effecten, kan AACT volgens de auteurs worden beschouwd als een natuurlijke behandeling die zich richt op biologische routes.¹ David Prins, longarts bij het NAD, benoemt dat juist deze snelle afname in inflammatie en astmaklachten het mogelijk maakt dat patiënten sneller en op een hogere intensiteit fysiek kunnen trainen. “De conclusies in het *position paper* zijn gebaseerd op observationele studies en de mening van de experts uit meerdere Europese klinieken die op hoogte liggen”, vervolgt Roldaan. “Het is een interessante observatie dat dit geldt voor alle fenotyperingen.”

Behandeling

In het NAD kunnen jaarlijks 120 tot 140 mensen worden behandeld, met een gemiddeld verblijf van acht tot tien weken. “Die plaatsen zijn bestemd voor mensen met een ongecontroleerd moeilijk of ernstig astma”, legt Prins uit. “Als er bijdragende factoren meespelen waardoor het astma moeilijk behandelbaar wordt, zoals bijvoorbeeld in *coping*, deconditionering, psychologische factoren of slecht zelfmanagement, dan dient deze problematiek wel eerst in Nederland te worden aangepakt.” Dat lukt echter lang niet altijd. Als dan, ondanks de voorhanden zijnde optimale behandeling, de patiënt nog steeds een hoge ziektelast ervaart en/of herhaalde exacerbaties heeft, is klinische longrevalidatie een belangrijke en misschien wel noodzakelijke behandeling om te overwegen. “In een klinische setting kun je soms in twee maanden meer bereiken dan wat eerder in jaren niet is gelukt”, vervolgt Prins. De locatie in het hooggebergte, in combinatie met een interdisciplinaire behandeling afgestemd op de integrale gezondheidstoestand van de patiënt, met aandacht voor niet-medicamenteuze factoren maakt deze behandeling uniek. Prins: “In het NAD zien we dagelijks de meerwaarde om klinische longrevalidatie in het alpineklimaat uit te voeren. De wetenschappelijke studies die er zijn, ondersteunen mijn eigen ervaringen in dit opzicht.” Ook volgens Roldaan heeft het NAD haar bestaansrecht wel bewezen. “Iedereen die hier komt, heeft ernstig ongecontroleerd astma. Zo’n 30% van die mensen heeft onvoldoende baat bij de nieuwere geneesmiddelen of te veel last van bijwerkingen. Die groep wordt steeds groter.”

Kenniscentrum

Wij zijn het enige longrevalidatiecentrum dat zich exclusief richt op één specifieke doelgroep: patiënten met ernstig ongecontroleerd astma, die daardoor een slechte kwaliteit van leven hebben”, zegt Prins. Het NAD deelt haar kennis over de behandeling van ernstig astma graag met longartsen in Nederland. Prins: “We werken met verschillende expertisecentra in

Nederland samen op het gebied van diagnostiek, behandeling en nazorg. Die samenwerking is echt een speerpunt voor ons.” Er kan met recht worden gesproken van zorg op maat. Prins: “Wij helpen longartsen in Nederland graag om multidisciplinair alle factoren in kaart te brengen in het gezondheidsprofiel van hun patiënten als het niet lukt om adequate astmacontrole te bereiken, als er een hoge ziektelast is waarbij mogelijk meerdere factoren een rol spelen, of als biologicals worden overwogen of niet effectief zijn. Wij kunnen, indien gewenst, een daarop afgestemd persoonlijk behandelplan voor de patiënt opstellen. Neem hiervoor gerust contact met mij op.”

Een andere manier van kennisdelen is het aanbieden van stageplekken voor longartsen in opleiding. “Dit is voor beide partijen heel leuk”, zegt Roldaan enthousiast. “Het geeft ons vaak nieuwe ideeën. En eenmaal terug in Nederland verloopt de samenwerking makkelijker.”

Toekomst

Onderzoek staat bij het NAD hoog in het vaandel, zoals de e-health-studie ‘NAD@home’, met nazorg vanuit het NAD in plaats van alleen met een plan worden terugverwezen naar de eigen longarts. Roldaan: “Mensen krijgen een app met filmpjes en uitleg waarmee mensen in Nederland bepaalde waardes blijven meten. De ene groep krijgt alleen de app, de andere groep krijgt ook een fitbit en FeNO-meter. Op deze manier kunnen we tot een jaar na opname data verzamelen en dus het effect meten.”

In een ander onderzoek, dat in de startblokken staat, wordt gekeken naar welke patiënten goed reageren op hooggebergtebehandeling en welke wat minder. Prins: “Naar mijn schatting reageert 90% van de mensen positief op het klimaat. Zij knappen spontaan al een deel op. Na een jaar gaat het met twee derde van deze mensen nog steeds goed. De vraag is alleen waarom het met die andere derde niet goed gaat. Wellicht komen er aanknopingspunten uit dit onderzoek.” Roldaan vult aan: “Zo kun je zorg op maat wetenschappelijk onderbouwen.”

De gezonde omgeving van het NAD is al- lergeenarm en vrij van luchtverontreiniging. Roldaan: “Wij willen eraan bijdragen om die lucht zo schoon mogelijk te houden. Dit jaar wordt door een externe partij gekeken naar onze CO₂-footprint. Vervolgens maken we een plan om CO₂-neutraal te worden of zelfs bij te dragen aan gunstige uitstoot. Wij willen er alles aan doen om, zolang dat nodig blijft, onze behandeling in schone lucht te kunnen blijven voortzetten.”

Referentie

1. Fieten KB, et al. Alpine altitude climate treatment for severe and uncontrolled asthma: an EAACI position paper. *Allergy* 2022;77:1991-2024.



De astmaVereniging Nederland en Davos (VND) bestaat 125 jaar!

Daarmee zijn we bij mijn weten de oudste patiëntenvereniging van ons land.

De VND werd in 1897 opgericht als Vereniging tot Behartiging van Minvermogene Nederlandsche Longlijders. Doel was de Tuberculosezorg in Davos toegankelijk te maken voor Nederlandse patiënten. Hiertoe werd door de Vereniging het Nederlands Sanatorium opgericht.

Tot ver in de 20e eeuw bleef de Vereniging exploitant van het Sanatorium, later astmakliniek. Na de scheiding ging het Nederlands Astmacentrum Davos (NAD) verder als zelfstandige Stichting. De VND bleef actief als een patiëntenvereniging van met name (ex) Davos patiënten met een sterk focus op de toegankelijkheid van de astmazorg in Davos.

Ook in het recente conflict met het Zorginstituut over Hooggebergtebehandeling heeft de VND, samen met Longfonds en Longen Alliantie Nederland (LAN), gestreden voor garanties op de toegang van patiënten tot het NAD, nu en in de toekomst.

Echter, de laatste jaren is de nadruk van onze activiteiten meer verschoven naar ondersteuning van patiënten in Nederland. Dit verschuivende focus was ook aanleiding tot een (subtiële) naamswijziging; Vereniging Nederland Davos werd astmaVereniging Nederland en Davos.

Wij zijn er voor **alle Nederlanders met (ernstig) astma.**

Het hart van de Vereniging wordt gevormd door een groep van zeer enthousiaste vrijwilligers/ ervaringsdeskundigen. Er zijn drie vaste medewerkers in dienst. Marjo Poulissen is betrokken in landelijke kwaliteitsprojecten, in een dubbelrol werkende voor VND en Longfonds. Een ieder van u die actief is in landelijke ontwikkelingen rond de astmazorg zal haar kennen.

Zo is de VND auteur van de factsheet waarin we, samen met de LAN, de 'harde' werkelijke cijfers over ernstig en ongecontroleerd astma bijeen hebben gezet; waarmee duidelijk wordt dat er nog veel te doen valt.

In mei jl. werd in samenwerking met de LAN het persoonlijk Astma Actieplan gelanceerd, toegankelijk en te downloaden via onze website. Ook ontwikkelden we samen met Longfonds de astmatest waarmee iedereen door het beantwoorden van een paar korte vragen meer bewust wordt van haar/ zijn hinder van de astma op het dagelijks leven. Deze kan worden ingezet als hulpmiddel om eerder aan de bel bij een zorgverlener te trekken.

Op het gebied van astma bij kinderen is de VND sinds dit jaar extra actief. Samen met de LAN is een verkenning uitgevoerd naar de knelpunten en mogelijke oplossingen binnen preventie en zorg rondom kinderen met astma, allergie en luchtwegklachten. De eerste uitkomsten zijn verzameld en later dit jaar gaan de VND, LAN en Longfonds samen met alle betrokken zorgverleners bekijken welke knelpunten prioriteit hebben om te verbeteren.



astma**Vereniging**
Nederland en Davos

Aandachtspunt is ook de vergoeding voor fysiotherapie in de eerste lijn; wij participeren actief in een daartoe opgerichte werkgroep.

We brengen het patiënten perspectief in bij de herziening van de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling ernstig astma' en de ontwikkeling van de net gestarte nieuwe richtlijn tweedelijns astmazorg.

Verder richten we ons tot de individuele persoon met hinder van haar/ zijn astma.

Dat doen wij door de mensen zoveel mogelijk van informatie te voorzien via website- sociale media- Reactie! magazine- nieuwsbrieven.

Maar ook bieden wij Webinars aan over astma&werk, astma&voeding en astma&ademhalen etc. Deze zijn via onze website www.nederland-davos.nl terug te kijken.

Er zijn een vijftal animatiefilms voor kinderen en volwassenen gemaakt die inzicht geven over leven met (ernstig) astma, zoals 'ernstig astma meer dan lichamelijk leed'.

Voor praktische vragen van patiënten, en soms zorgverleners, die onvoldoende in onze media-uitingen verwoord worden is ons secretariaat uitgegroeid tot een helpdesk.

Ik roep u op om uw zoekende patiënt te wijzen op de mogelijkheden tot steun vanuit onze vereniging (te benaderen via website www.nederland-davos.nl).

Zolang er behoefte blijft aan dergelijke steun blijven wij actief!

Frank Weller, voorzitter



Roze in wit: Een veiligere omgeving voor patiënt en collega door aandacht voor diversiteit en inclusiviteit

Artsen en gezondheidsinstellingen hebben een maatschappelijke verantwoordelijkheid om oog te hebben voor diversiteit en inclusiviteit. Hiermee maken we de zorg (en de maatschappij) veiliger want helaas zijn er negatieve verschillen in gezondheid, kwaliteit van leven, bereikbaarheid van zorg en bejegening bij kwetsbare groepen en minderheden. Zo ook bij de LHBTI+ gemeenschap. Een aantal voorbeelden zijn: vaker depressie, angststoornissen en verslaving, maar ook mishandeling en verstoting. Ook kan er een hogere drempel zijn om naar zorgverleners te stappen door eerdere negatieve ervaringen en gaan ouderen soms weer in de kast na overlijden van de partner. Ik hoor een collega weleens zeggen: “Ik heb een eed afgelegd en behandel iedereen gelijk en hoef hier geen aparte aandacht aan te geven”. Maar je kunt je patiënten pas gelijkwaardig behandelen als je je bewust bent van verschillen en aandachtspunten. Ook realiseer je je dan niet dat mensen uit de LHBTI+ gemeenschap antennes hebben ontwikkeld voor die plekken waar ze wel of niet veilig zijn.



Is het dan heel slecht in Nederland? Nee, maar het kan absoluut beter. Daarom houdt Roze in Wit zich bezig met meer zichtbaarheid van diversiteit in de zorg. Ook proberen we het kennisniveau te verbeteren. Zo hebben we samen met verschillende organisaties zoals Alliantie zorg op maat, platform LHBT psychiatrie en Amsterdam UMC een werkgroep gevormd om LHBTI+ gerelateerde onderwerpen meer in het curriculum te krijgen. Het KNMG ondersteunt onze stichting en dit initiatief, aangezien het over veiligheid en diversiteit gaat. Begin augustus was het Pride week. De week begint met de Pride Walk. Altijd erg indrukwekkend en dit jaar eindigde het in het Vondelpark via een haag van 76 vlaggen. De vlaggen van de landen waar homoseksualiteit strafbaar is: bij 6 landen de doodstraf en bij andere (levens)lange gevangenisstraf. Ook Europese landen. Daarom is het zo belangrijk om zichtbaar te blijven. Negen tot 10 procent van de bevolking behoort tot de LHBTI+ groep. We willen van acceptatie naar normalisatie. Dat moet samen met iedereen. Daarom zijn we ook een inclusieve stichting: het is geen club van LHBTI+ collega's, maar juist ook straight allies. Collega's die het belangrijk vinden om diversiteit meer zichtbaar te maken. Verder zijn er in de Pride week documentaires, paneldiscussies

en hebben (internationale) organisaties overleg. De week eindigt met feest: de botenparade. Dit jaar hebben we voor de derde keer met Roze in Wit een plaats weten te bemachtigen. Het was echt een fantastische dag. Uit het hele land waren er collega's vanuit verschillende disciplines. Zowel LHBTI+ collega's als straight allies; iedereen die diversiteit omarmt. Ook was er opnieuw een afgevaardigde van het KNMG van de partij. Een superfijne sfeer in de stad en aan boord van onze boot: 'dokters voor diversiteit'.

We zijn trots dat we de stichting Roze in Wit met drie longartsen hebben opgericht. Gesteund door andere longartsen zijn we 'gewoon begonnen' zoals ex-politie-agente Ellie Lust (Roze in Blauw) ons adviseerde. We zijn inmiddels een serieuze gesprekspartner en aanspreekpunt voor diverse organisaties. We nemen deel aan (internationale) werkgroepen, krijgen verzoeken om lezingen te geven en natuurlijk onze magneetjes voor de subtiele maar broodnodige zichtbaarheid op de werkplek. Ook weten patiënten, studenten en beginnende artsen ons te vinden. Bij de oprichting hadden we onderschat hoeveel het betekende. We waren onder de indruk van reacties en dat sterkte ons om de stichting verder uit te breiden en iets goeds neer te zetten: dat is gelukt! (ondanks de 2 corona jaren)

Tot slot is er inmiddels meer diversiteit in het bestuur en de actieve leden: verschillende leeftijden en verschillende specialismen. Van gynaecologen en huisartsen tot orthopeden en arts onderzoekers. Dus niet meer alleen longartsen – maar we zijn het maar wel mooi gestart! Kijk eens op onze website rozeinwit.nl en meld je aan voor de lijst van LHBTI+ vriendelijke artsen.

Geert Rootmensen, Chris Rikers, Jürgen Hölters, Pauline Dekker, Pepijn Brocken, Laurens Bos, Karin Pool



Kandidaat-leden

Camée van Bemmelen
AIOS Longziekten
Zuyderland Medisch Centrum



Annemarie Bernhard
AIOS Longziekten
Sint Antonius Ziekenhuis



Lukas Bruggeman
AIOS Longziekten
Amphia ziekenhuis



Bianca Bruinen
AIOS Longziekten
Rijnstate



Bianca Dontje
Kinderlongarts
Amsterdam UMC (AMC)



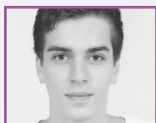
Kirsten de Haas
Verpleegkundige specialist
Radboudumc



Paul Hoogeboom
Physician assistant
Sint Antonius Ziekenhuis



Steven Koning
AIOS Longziekten
Universitair Medisch Centrum Groningen



Anna Sadowska-Klecha
Longarts
Maastricht Universitair Medisch Centrum



Yvo Santema
AIOS Longziekten
Leids Universitair Medisch Centrum



Nieuw benoemde longartsen

Anne-Marije Buiten - van der Meer, opgeleid in
Universitair Medisch Centrum Groningen
Groningen



Tiny Castermans, opgeleid in
Catharina Ziekenhuis
Eindhoven



Emiel Marges, opgeleid in
Leids Universitair Medisch Centrum
Leiden



Michelle Steens, opgeleid in
Zuyderland Medisch Centrum
Heerlen



Sevim Uzun, opgeleid in
Erasmus MC
Rotterdam



Mirjam van Velzen, opgeleid in
Universitair Medisch Centrum Utrecht
Utrecht



Nieuwe senior leden

Rik van Klink
Alrijne Zorggroep
Leiden



Even voorstellen: Moniek Elsendoorn

Mijn naam is Moniek Elsendoorn en ik kom vanaf oktober dit jaar de NVALT versterken als beleidsadviseur opleiding en bestuursondersteuner. Graag wil ik mij langs deze weg aan u voorstellen. Ik woon samen met mijn man in Nieuwegein, heb drie volwassen kinderen en ik probeer al een tijd de Spaanse taal onder de knie te krijgen. Dat laatste is erg leuk maar niet makkelijk.

Na eerder in het Diaconessenhuis Utrecht en voor de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie te hebben gewerkt ben ik in 2007 begonnen met werken bij de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC). Het NVVC-bureau bestond toen uit vier medewerkers, inmiddels zijn dat er bijna twintig. Ik ben meegegroeid met de professionalisering van de NVVC en heb diverse cursussen en een opleiding kwaliteitsmanagement mogen volgen.

Ik hou erg van het werken voor een vereniging van medisch specialisten, het is boeiend en altijd in beweging. De betrokkenheid van de leden bij een vereniging vind ik bijzonder en waardevol. Ik werk graag mee aan de uitvoering van het meerjarenbeleid en word enthousiast van het opzetten van nieuwe projecten.

Momenteel ben ik bij de NVVC beleidsadviseur opleiding en verenigingscoördinator. Als beleidsadviseur opleiding ondersteun ik onder andere het Concilium en begeleid ik projecten als de herziening van het opleidingsplan. Het bewaken van de beleidscyclus en het schrijven van het jaarverslag en jaarplan zijn voorbeelden van werkzaamheden die ik als verenigingscoördinator uitvoer. Daarnaast ben ik ambtelijk secretaris van de Raad van Toezicht.

Na vele, mooie, jaren bij de NVVC ben ik toe aan een nieuwe uitdaging, maar wel het liefst bij een vereniging. De ambities van de NVALT spreken mij aan, graag draag ik bij aan het waarmaken van deze ambities. Daarom heb ik veel zin om mijn ervaring en kennis in te zetten bij uw vereniging. Ik verheug mij op het samenwerken binnen het team van het bureau en met de leden van de NVALT.

Wilt u meer weten? U kunt vanaf 1 oktober contact met mij opnemen via moniek@nvalt.nl.

Moniek Elsendoorn



Even voorstellen: Remco Boksem

Mijn naam is Remco Boksem, ik ga vanaf september met veel enthousiasme aan de slag als Beleidsadviseur Kwaliteit van zorg en Wetenschap & Innovatie bij de NVALT. Graag stel ik me hierbij aan jullie voor!

Sinds 2002 ben ik werkzaam in de gezondheidszorg, al was dit zeker niet vanzelfsprekend. Ik was een studie journalistiek aan het afronden, terwijl ik eigenlijk wel wist dat daar mijn toekomst niet lag. Het was te weinig mensgericht en te individualistisch naar mijn idee. De gezondheidszorg heeft me altijd aangetrokken en ik ben op zoek gegaan naar een passende functie. Deze vond ik op de afdeling longfunctie in de Isala klinieken Zwolle, toen nog de Wezenlanden. Een prettig ziekenhuis middenin de binnenstad. Ik heb er fijne herinneringen aan. Het was een plek waar alle ruimte was om alle gangbare onderzoeken uit te diepen, van een simpele spirometrie tot de meest uitgebreide fietstest, alles kwam al snel aan bod. Daarnaast was er ook genoeg ruimte voor enige ontspanning en zelfs het nodige kattenkwaad. In 2005 behaalde ik daar mijn diploma longfunctieanalist.

Niet lang daarna vond ik de door mij verlangde verdieping, in de master klinische epidemiologie EBP (Evidence Based Practice) in het AMC. Nadat ik in 2010 mijn MSc titel in ontvangst nam ging ik aan de slag als op de afdeling longfunctie van het AMC. Daar was het mijn taak om het gebruik van EBP binnen longfunctie diagnostiek te stimuleren, een zorgdiscipline die niet tot nauwelijks een academische traditie kende. Ik ontdekte en ontwikkelde hier mijn voorkeur voor het opstarten en gaande houden van processen die (nog) niet tot dagelijkse taken van mensen behoren op gebied van kennis en kwaliteit.

Toen ik in 2013 gevraagd werd om als productspecialist aan de slag te gaan bij Accuramed heb ik niet lang getwijfeld. De kans om ervaring op te doen buiten de context van een ziekenhuis doet zich niet dagelijks voor. Ik heb me sindsdien ontwikkeld in commerciële zin, zonder daarbij mijn eigen waarden en integriteit uit het oog te verliezen. Altijd houd ik de belangen en wensen van de aankopende partij in het oog.

En nu dus de NVALT, een vereniging. Dat past bij me, het verenigingsleven zit diep in mij geworteld. Vanaf mijn



vroege kinderjaren ben ik betrokken geweest bij diverse verenigingen, van simpel lid van mijn eerste muziekvereniging tot bestuurslid bij de NVLA en een jarenlang voorzitterschap van de Amsterdamse Tramharmonie (voor de echte connaisseurs, een begrip in de Nederlandse HaFa cultuur 😊). Een vereniging is een samenkomst van diverse mensen met globaal dezelfde doelstelling(en). De manier waarop we die doelstellingen behalen is altijd onderwerp van discussie, waarbij ieders stem even belangrijk is. Een prachtig principe dat valt of staat bij actieve inbreng van de leden zelf. Aan het aantal betrokken, vakkundige mensen binnen de diverse commissies is te zien dat dit bij de NVALT wel goed zit!

De komende jaren zal ik mijn kennis en kunde inzetten voor deze mooie vereniging. Er is veel werk te verzetten, denk aan de verschillende samenwerkingsverbanden met relevante partijen en nieuwe onderwerpen als preventie en leefstijl, zoals eerder zeer mooi verwoord door uw voorzitter in de vorige PulmoScript. Ik heb er zin in, we gaan aan de slag!

Remco Boksem

Enkele belangrijke data

2022

- Congres Allergologie en Klinische Immunologie, Zeist (NL) 27 september
- State of the Art Webinar Astma 28 december
- Longkanker congres update, Zeist (NL) 29 september
- Implementatie infectiepreventie richtlijnen, Utrecht (NL) 29 september
- Allergie aan zee, Scheveningen (NL) 29 – 30 september
- Symposium Longfalen bij COPD, Groningen (NL) 30 september
- Najaarscongres, Papendal Arnhem (NL) 4 t/m 5 oktober
- Voortgangstoets, Papendal Arnhem (NL) 5 oktober
- De kracht van kwaliteitsregistraties, Utrecht (NL) 11 oktober
- Chest, Nashville (VS) 16 – 19 oktober
- Oncologie Update, Nieuwegein (NL) 2 november
- Bomen over COPD, Wolfheze (NL) 2 – 4 november
- CPC PH en ILD, AmsterdamUMC (NL) 3 november
- Pulmonary Infectious Diseases, Rotterdam (NL) 10 november
- WASOG Conference, Sibiu (RO) 14 – 17 november
- Bronkhorst Veldhoven (NL) 17 t/m 19 november
- NVALT studiedag, Driebergen (NL) 15 december

2023

- Op de hoogte van Astma, Davos (CH) 12 – 15 maart
- Longartsenweek 2023, Arnhem (NL) 17 – 20 april
- ATS, Washington (VS) 19 – 24 mei
- WASOG, Stockholm (SE) 19 – 21 juni

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