

PulmoScript

Jaargang 34 ♦ maart 2023 ♦ 1



- ♦ GOLD richtlijn
- ♦ Mindful leiderschap NVALT
- ♦ Harry Groen Onderzoeksprijs

Inhoud

Voorwoord	5
Bestuur	
Van de voorzitter	6
Van de secretaris	7
Jaarplan 2023	9
Commissies en secties	
SCOPD: GOLD richtlijn	11
SAGA: Patiëntvergoedingen	14
AIOS: Internationale onderwijsavonden	15
Rubrieken	
Opleiding in de kijker: UMCU	16
Jonge klare in de kijker: Karlijn Schulkes	18
Stage in de etalage	20
Nieuwe hoogleraar: Erik van der Heijden	21
Nieuwe hoogleraar: Marlies Wijsenbeek	22
Longartsenweek	24
Nascholing	
NVALT-studiedag 2022	26
VvAwT studiedagen 2023	28
Proefschrift Katrien Eger - Real-world evaluation of severe asthma threatment	30
Proefschrift Xanthe Brands - Immunopathology of Community-Acquired Pneumonia	31
En verder:	
Masterclass Tuberculose	32
Harry Groen Onderzoeksprijs	33
Sectieredacteur	34
Kunst en de longarts	35
Mindful leiderschap NVALT	36
Personalia	38
Even voorstellen	41
Ledenportaal	41
Congresagenda	45



7



11



16



20



33



36

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. 2, 10 mei 2023

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

Terwijl ik dit voorwoord schrijf houden de aardbevingen in Turkije en Syrië de gemoederen intensief bezig. Ik denk dat dit temeer laat zien wat belangrijk is in dit leven. Basisbehoeften als water, eten, zorg en familie. In Nederland beseffen we vaak niet hoe goed we het hebben. Ook ik niet. We hebben uitstekende zorg, maar elke keer willen we beter en meer. Dit is ook onder andere één van de dingen in de kennisagenda die onlangs is opgesteld: 13 kennishiaten die we graag willen uitwerken.

Maar de tendens van goed, beter, best of meer, meer en nog meer dat is er één die we overal terug zien in de maatschappij. Maar waarom? Waarom moeten we steeds meer? Als het ene jaar geplust is waarom moet dan het jaar erop nog meer geplust worden? Zeker nu we met zijn

allen geconfronteerd worden met personeelstekorten in alle sectoren. Laten we eens een keer tevreden zijn met wat we doen en hebben en ons niet gek laten maken door managers, overheid en verzekeringsmaatschappijen. Laten we koesteren wat we hebben, zoals de zorg die we kunnen leveren. Dat maakt het natuurgeweld om ons heen heel duidelijk

“Maak je iets heftig mee, dan ontdek je wat belangrijk is: meestal is dat niet je werk.”

Frank van Markwijk, sociotherapeut

Veel leesplezier!

Peter Kunst



Van de voorzitter

Concentratie!

Recent hebben we weer mogen aanschouwen dat het geneeskundige landschap in Nederland in toenemende mate gekenmerkt wordt door concentratie en spreiding van zorg. Zo pleitte de voorzitter van het landelijke netwerk acute zorg (LNAZ) Mark Kramer voor concentratie van complexe acute zorg in circa veertig ziekenhuizen en heeft zijn voorganger en thans minister van VWS Ernst Kuipers een 'voorstel' gedaan om de kinderhartchirurgie alleen nog te laten plaats vinden in Groningen en Rotterdam. Kuipers lichtte zijn voorstel, ook wel beschouwd als besluit, toe bij het afscheidsdiner van FMS-voorzitter Peter Paul van Benthem: "Als het veld er niet uit komt, moet ik als minister een besluit nemen". Tevens heeft hij aangegeven dat het hier slechts een start betreft, daar meer takken van zorg gecentraliseerd zullen worden, waarbij de oncologie hoog op het lijstje staat.

In de voorliggende PulmoScript kunnen jullie lezen dat twee kersverse hoogleraren voor centralisatie van hoog complexe zorg pleiten, waarbij tevens wordt benadrukt dat centralisatie alleen maar goed tot zijn recht komt bij goede afspraken over samenwerking binnen netwerken. Goede concentratie kan immers niet zonder goede spreiding, aangezien de patiënt, onze klant dus, er niet bij gebaat zal zijn om voor ieder specifiek probleem weer naar een ander ziekenhuis te moeten, waarbij de directe toegang tot medische gegevens ook al jaren een punt van aandacht (lees: zorg) is. Zoals Mark Kramer aangaf: "De laagcomplexe zorg moet overal kunnen worden opgevangen, waarbij SEH's niet dicht hoeven, maar een ander takenpakket moeten krijgen binnen een netwerk."

Maar wat betekent dit alles voor de longgeneeskunde? Sinds enkele jaren houden de NVALT-secties zich bezig met het vraagstuk hoe concentratie en spreiding van zorg in Nederland voor de longgeneeskunde ingevuld moet worden, waarbij netwerken moeten worden gevormd die bestaan uit expertisecentra, behandelcentra en overige instellingen. Met de FMS-juristen is overeengekomen dat wij als NVALT (secties) wel de criteria voor de verschillende soorten centra mogen opstellen, maar geen centra mogen aanwijzen die volgens het sectiebestuur of NVALT-bestuur voldoen aan de gestelde criteria. Longartsen uit potentiële centra dienen hun wens om een centrum te worden kenbaar te maken bij het sectiebestuur, waarna zij deze wens kunnen bespreken met de Raad van Bestuur van het eigen ziekenhuis, zodat de besprekingen met de zorgverzekeraars over inkoop van zorg afgestemd zijn op het al dan niet aanwezig zijn van centrumfuncties met daaraan gekoppelde, vaak dure, diagnostiek en behandeling. Derhalve zijn de opgestelde criteria ook niet geheim, maar worden deze gedeeld met de NFU, NVZ en de CIEBAG, de tak van de zorgverzekeraars die over de dure medicijnen gaat. Indien een ziekenhuis ogenschijnlijk opereert als centrum, maar niet aan de gestelde



criteria lijkt te voldoen, kan dit door het sectiebestuur kenbaar worden gemaakt aan de voorzitter van de Beleidscommissie Kwaliteit, waarbij een vermoeden van niet op de juiste manier geleverde zorg reden kan zijn voor nadere gesprekken en, in het uiterste geval, melding bij de Inspectie. Gelukkig is dit slechts sporadisch aan de orde en hebben de meeste secties inmiddels goede netwerkzorg neergezet. Zoals in mijn vorig voorwoord aangegeven is concentratie en spreiding van zorg ook een belangrijk onderwerp binnen het Integraal Zorg Akkoord, waarbij het enerzijds verheugend is dat wij als zorgprofessionals veel zeggenschap hebben gekregen om de zorg efficiënt en patiëntvriendelijk middels netwerken vorm te geven, maar dit anderzijds ook verplichtingen met zich meebrengt. Het dossier kinderhartchirurgie heeft daarbij laten zien dat het soms niet eenvoudig is om 'in het veld' tot consensus te komen, aangezien over het algemeen geen enkel ziekenhuis opgebouwde speerpunten weer wil inleveren.

De moraal van dit verhaal is dan ook dat we ons maximaal moeten inzetten om helder te krijgen wat hoog complexe zorg is en aan welke criteria die zorg moet voldoen, want dat hoog complexe zorg gebaat is bij centralisatie zal waarschijnlijk niemand ontkennen. Echter, ook hoog complexe zorg is niet een vaststaand gegeven en dus zullen de secties een cyclus moeten opzetten waarin steeds opnieuw wordt gekeken naar de opgestelde criteria voor een centrumfunctie, en daarbij moeten streven naar een zo hoog mogelijke consensus binnen de sectie, om op die manier de netwerkzorg binnen de longgeneeskunde een voorbeeldrol te laten (blijven) spelen binnen de specialistische geneeskunde. Alleen zo houden wij zelf het initiatief en laten we dit niet aan Ernst Kuipers.

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

Leon van den Toorn

Van de secretaris

Een warm nest

We hadden in 2022 geen witte Kerst en we hadden evenmin een koude winter, maar in januari dit jaar lag er nog wel een aantal dagen genoeg sneeuw om een sneeuwpop te maken. Inmiddels is het voorjaar. Dat is niet alleen te merken aan de temperatuur en aan de krokussen, maar ook aan de vogels, die weer nesten gaan maken. De grote meesters in het maken van nesten zijn de weervogels, die vooral in Afrika voorkomen, maar ook in India, Nieuw Guinea en op Malakka. Sommige soorten weervogels maken grote nesten, een soort flatgebouwen voor een hele kolonie van wel meer dan 100 vogels. Andere soorten houden meer van vrijstaande optrekjes en maken enkelvoudige nesten, die als korfjes in de bomen hangen. De maskerwever (ploceus velatus) op de foto heeft bijna het nest klaar waarmee hij een vrouwtje wil lokken. Het vrouwtje kiest het mannetje niet om zijn mooie verenkleed, maar om het nest dat hij gemaakt heeft: alleen als het nest na inspectie bevalt, kiest ze voor het mannetje. Het mannetje dient dus een goed, warm nest te maken. Buiten de broedtijd zien weervogels er vaak musachtig uit, maar tijdens de broedtijd hebben weervogels prachtig gekleurde veren. Onze vertrouwde huismus behoort ook tot de weervogels, maar heeft door aanpassing aan de leefomstandigheden in Nederland de kunst van het bouwen van een werkelijk mooi nest verloren. De spreekwoordelijke huismus houdt echter wel van een warm nest.

Een warm nest is belangrijk: niet alleen thuis, maar ook op het werk. Het letterlijk warm houden van onze 'nesten' is dit jaar een stuk duurder dan een jaar geleden. Voorzichtige beramingen leveren op dat een gemiddeld ziekenhuis dit jaar miljoenen euro's meer kwijt is aan verwarming dan vorig jaar, met alle gevolgen van dien voor de begrotingen. Recent had ik een heimiddag van de centrale opleidingscommissie van het

St. Antonius Ziekenhuis, met als onderwerp 'bejegening'. Dat raakt direct aan het (figuurlijke) warme nest: voor optimaal functioneren van artsen en verpleging is het belangrijk om gezamenlijk een warm nest te creëren. Een warm nest is ook goed voor het aantrekken van arts-assistenten en verpleging, zeker in de huidige tijden van krapte aan verpleging en arts-assistenten (ANIOS). Net als de vrouwtjes maskerwever kiest een arts-assistent of specialist niet voor een bepaalde werkplek omdat de artsen en verpleegkundigen die er werken er zo leuk uitzien, maar om de warmte (werksfeer) van het nest en – daarmee samenhangend - de kwaliteit die er geleverd wordt. Ook voor de patiëntenzorg is het belangrijk om een warm nest te creëren. Patiënten kiezen uiteraard voor kwaliteit van zorg en expertise, maar de geleverde zorg wordt alleen als goed of uitstekend ervaren, wanneer die gecombineerd gaat met service en vriendelijke bejegening van al het personeel dat betrokken is bij het leveren van de zorg. In dat kader heb ik wel eens een workshop gevolgd "If Disney runs your hospital", waarin heel inzichtelijk werd gemaakt dat een onvriendelijke polikliniek-assistente de patiënt een bijzonder negatieve ervaring mee kan geven, ook al levert de dokter nog zulk goed werk.

Dit voorjaar staat natuurlijk niet alleen in het teken van nesten, maar ook in het teken van 115 jaar NVALT. De lustrumcommissie heeft een tijd zitten broeden op een geschikte plek voor het lustrumfeest en is uitgekomen op een bijzondere locatie: Burgers' Zoo. In combinatie met al hetgeen er geregeld is aan eten en entertainment belooft het een spetterend feest te worden.

Ik wens u een fijn voorjaar en ik hoop u allen te zien op 18 april.

Hans-Jurgen Mager



NVALT presenteert jaarplan voor 2023

met veel aandacht voor de nabije toekomst

Het zijn uitdagende tijden voor de zorgsector en zo ook voor de longartsen. Zo speelde de Corona-epidemie de afgelopen jaren een hoofdrol en vliegen programma's en trajecten zoals Passende Zorg, wel of geen verplicht dienstverband voor medisch specialisten, preventie en het Integraal Zorg Akkoord ons alweer flink om de oren. De NVALT wil goed en proactief op al deze ontwikkelingen anticiperen en is daarom in december 2021 gestart met een meerjaren visietraject. Hiertoe is een brede werkgroep ingesteld die nu in de afrondende fase zit.

Meerjarenplan: toekomstbestendige longzorg

Dit traject, ook wel binnen de vereniging bekend als 'Longarts van de Toekomst', is bijna gereed en resulteert steeds meer in een ambitieus meerjarenplan wat zich richt op toekomstbestendige longzorg en longarts. De thema's die in dit meerjarenplan centraal staan zijn opgehaald onder alle leden van de NVALT en vervolgens geprioriteerd en zijn als volgt:

- Kwaliteit van zorg
- Juiste zorg op de juiste plek
- Preventie en gezond gedrag
- Werkplezier en duurzame inzetbaarheid
- Opleiden voor de toekomst

Deze thema's zijn vervolgens nader uitgewerkt en gepresenteerd en besproken tijdens de NVALT-congressen. Tijdens de Longartsenweek van april dit jaar wordt dit meerjarenplan aan u allen gepresenteerd en gaan we vervolgens in verenigingsverband aan de slag met deze relevante thema's.

Jaarplan NVALT 2023

Het moet natuurlijk niet blijven bij een plan op papier. En dat gebeurt ook niet. Dit meerjarenplan wordt namelijk de basis voor de jaarlijkse activiteiten die in NVALT-verband worden opgepakt. Daartoe is nu voor 2023 een jaarplan ontwikkeld. Op deze manier ontstaat er een beleidsmatige cyclus die evalueerbaar is en waar we als vereniging op kunnen sturen. Uiteraard moet er voldoende ruimte overblijven om te anticiperen op actualiteiten en dringende zaken. Daar wordt voor gezorgd.

In het huidige jaarplan zijn de vijf thema's van het meerjarenplan al meegenomen en het komende jaar worden deze thema's verder geconcretiseerd in activiteiten. In het jaarplan is ook veel aandacht voor andere activiteiten. Zo gaat de NVALT ook een meerjarenplan voor kwaliteit opstellen zodat richting wordt gegeven aan



NEDERLANDSE VERENIGING VAN
ARTSEN VOOR LONGZIEKTEN EN
TUBERCULOSE
NVALT

ons kwaliteitsbeleid. We gaan binnen het thema Opleiden concrete stappen zetten rondom nascholing van longartsen in de vorm van de NVALT-academy. We zijn druk bezig om het thema Wetenschap & Innovatie door te ontwikkelen en hier activiteiten aan te verbinden die passen bij de behoeftes van onze secties en leden. De AIOS gaan onder andere aan de slag met het opleidingsplan. Uiteraard gaan de reguliere taken en verantwoordelijkheden van een vereniging zoals de NVALT die heeft gewoon door en zijn deze terug te vinden in ons jaarplan. Te denken valt aan het cursorisch onderwijs, PulmoScript, onze congressen en kwaliteitsprojecten. U vindt ons jaarplan op onze website en op onze LinkedIn-pagina. Veel leesplezier!

Ingrid van der Gun

Heeft u alle behandelopties overwogen voor uw patiënten met ernstig emfyseem?



Introductie van de Zephyr endobronchiale ventiel. Met meer dan 25,000 behandelde patiënten wereldwijd en GOLD-status Evidence A, is bewezen dat de Zephyr-ventiel, de longfunctie, het inspanningsvermogen en de levenskwaliteit van de patiënt helpt verbeteren¹. Sinds 2017 wordt de behandeling met ventielen vergoed vanuit de Basisverzekering voor patiënten met ernstig emfyseem². De behandeling met Zephyr ventielen is een minimaal invasieve interventie om longvolumereductie te bereiken bij patiënten met hyperinflatie geassocieerd met ernstig emfyseem.



>25,000

patiënten wereldwijd behandeld

Scan deze QR-code om informatie over o.a. verwijscriteria en behandelende centra in Nederland te downloaden



Pulmonx International Sàrl

Rue de la Treille 4, 2000 Neuchâtel, Switzerland
Telephone: +41 32 475 20 70 | Fax: +41 32 475 20 71
Email: info@pulmonx.com
Visit our website: www.pulmonx.com

uw Pulmonx contactpersoon

Julie Paemelaire - Territory Manager
e-mail: jpaemelaire@pulmonx.com
Tel: +31 (0)630982228

1. Criner, G et al. Am J Resp Crit Care Med. 2018 Nov 1;198(9):1151–1164.

2. DEFINITIEF, Endobronchiale longvolumereductie middels éénrichtingskleppen bij ernstig emfyseem: 3 Nov 2017

Complicaties van de behandeling met de Zephyr Endobronchial Valve omvatten, maar zijn niet beperkt tot: pneumothorax, verslechtering van COPD-symptomen, hemoptoë, pneumonie, dyspnoe en, in zeldzame gevallen, overlijden.

Brief Statement: Korte verklaring voor de Zephyr®-klep: De Zephyr® endobronchiale klep is een implanteerbare bronchiale klep die is bedoeld om de luchtstroom te regelen ter verbetering van de longfunctie bij patiënten met hyperinflatie als gevolg van ernstig emfyseem met weinig tot geen collaterale ventilatie, en/of ter vermindering van luchtlekkage. De Zephyr-klep is gecontra-indiceerd voor: Patiënten bij wie bronchoscopische procedures gecontra-indiceerd zijn, patiënten met tekenen van een actieve longinfectie, patiënten met een aangetoonde allergie voor nitinol (nikkel-titanium) of voor de metalen waaruit de kleppen bestaan (nikkel of titanium), patiënten met een aangetoonde allergie voor siliconen en patiënten die niet zijn gestopt met roken. Toepassing is voorbehouden aan speciaal opgeleide artsen. Raadpleeg voorafgaand aan gebruik de instructies van het Zephyr endobronchiale systeem voor meer informatie over indicaties, contra-indicaties, waarschuwingen, alle voorzorgsmaatregelen en bijwerkingen.

GOLD 2023: een eerste stap naar een wereld zonder COPD?



Sinds het verschijnen van het eerste Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) strategie document in 2001¹ zijn er jaarlijks kleinere of grotere aanpassingen gedaan in de voorgestelde aanpak van diagnostiek, behandeling en preventie van COPD. Het doel van GOLD is het creëren van wereldwijd bewustzijn over COPD bij zorgverleners, zorgautoriteiten en de algemene bevolking door een globaal initiatief. GOLD beoogt dit doel te bereiken door het voorbereiden en onder de aandacht brengen van wetenschappelijke documenten en het stimuleren van internationale samenwerking op het gebied van onderzoek. Hoewel GOLD zeker heeft bijgedragen aan de bewustwording over COPD, zijn er belangrijke kanttekeningen te plaatsen bij dit initiatief. Het streven naar een wereldwijd toepasbare strategie betekent onder andere dat GOLD vasthoudt aan eenvoudige, goedkope diagnostiek die in principe overal beschikbaar en toepasbaar zou moeten zijn: de spirometrie. Daarnaast bestaat de GOLD commissie al jarenlang uit overwegend Westerse, witte longartsen op leeftijd, geenszins een afspiegeling van de wereldwijde wetenschappelijke gemeenschap waarin ook andere (medisch) specialisten een voorname rol innemen. Deze twee kanttekeningen bij GOLD waren voor de Lancet een reden om in 2019 een alternatieve commissie in het leven te roepen, met een meer evenwichtige vertegenwoordiging van het GOLD veld en zonder vooraf opgelegde beperkingen in kaders van de ziekte. Het rapport van deze Lancet COPD commissie met de ambitieuze titel 'Towards the elimination of COPD' werd

in september gepubliceerd². Een aantal van de voorstellen uit de Lancet COPD commissie is inmiddels wel overgenomen door GOLD.

De nieuwste versie van het GOLD document verscheen in november 2022³ en betreft de grootste revisie in jaren. Zo is de definitie van COPD aangepast. De aandoening wordt nu omschreven als een heterogene longziekte, gekenmerkt door chronische respiratoire symptomen ten gevolge van afwijkingen aan de luchtwegen (bronchitis, bronchiolitis) en/of alveoli (emfyseem) waardoor persisterende, vaak progressieve, luchtwegvernauwing ontstaat. Termen als 'veel vóórkomend', 'te voorkómen', 'behandelbaar' en ook 'ten gevolge van blootstelling aan...' zijn verlaten en ik vind dat terecht. Waarom zou een aandoening immers gedefinieerd worden door de frequentie van vóórkomen of het feit of deze behandelbaar? Opvallend is dat GOLD wel vasthoudt aan de noodzaak van luchtwegvernauwing, terwijl meerdere internationale initiatieven andere voorstellen hadden gedaan^{2,4,5}. GOLD kiest ervoor om functionele en/of structurele afwijkingen in de longen die passen bij longemfyseem buiten de definitie te houden. Hierbij heeft ongetwijfeld meegespeeld dat meting van diffusiecapaciteit en/of computer tomografie (CT) van de thorax om emfyseem te diagnosticeren niet simpel en wereldwijd beschikbaar of toepasbaar is. In plaats daarvan introduceert GOLD de term preCOPD, waarmee een categorie patiënten wordt aangeduid met behouden spirometrie ($FEV_1/FVC > 0.7$) maar

met chronische luchtwegklachten, afwijkingen op CT en/of longfunctiestoornissen. GOLD kiest voor preCOPD omdat het aannemelijk is dat deze groep op termijn chronische luchtwegvernauwing ontwikkelt, bijvoorbeeld bij blijvende expositie aan schadelijke gassen.

Verder introduceert GOLD, in navolging op de Lancet COPD commissie, 7 zogenaamde COPD etiotypes. Hiermee worden typen COPD met een verschillende oorzaak bedoeld. Terwijl de ziekte traditioneel als een rokersziekte wordt beschouwd (COPD Type C van cigarettes), worden onder andere COPD veroorzaakt door infecties (COPD Type I van infection), door luchtverontreiniging (COPD Type E van environment) en door gestoorde longontwikkeling (COPD Type D van development) onderscheiden. Daarnaast wordt COPD Type A genoemd, ofwel COPD dat voortkomt uit astma op kindereleeftijd. Deze etiotypes hebben geen impact op de huidige klinische praktijk, maar vestigen wel de aandacht op het feit dat COPD meer is dan een rokersziekte, hetgeen naar mijn mening belangrijk is voor het stigma en schuldgevoel waar veel patiënten mee geconfronteerd worden. Daarnaast zal het denken in COPD etiotypes onderzoek stimuleren naar verschillen in het klinische beloop tussen de verschillende soorten COPD en naar specifieke behandelingen per etiotype.

De voorgestelde basale diagnostiek van COPD bestaat nog steeds uit post-bronchodilator spirometrie, waarbij het vaste afkappunt $FEV_1/FVC < 0.7$ gehanteerd wordt. Indien er sprake is van luchtwegvernauwing, dan wordt de patiënt aan de hand van FEV_1 als percentage van voorspeld ingedeeld in de bekende GOLD 1-4. Aanvullend wordt de mate van symptomen in kaart gebracht met mMRC dyspnoe of CAT score en wordt de exacerbatie/hospitalisatie frequentie in het afgelopen jaar beoordeeld. GOLD heeft ingezien dat de mate van symptomen bij patiënten met veel exacerbaties van ondergeschikt belang is voor het toekomstige risico op verslechtering. Derhalve zijn GOLD groepen C en D samengevoegd tot de nieuwe groep E (van exacerbaties). Patiënten worden nu dus ondergebracht in groep A, B of E (Figuur 1). Hoewel deze verandering niet wereldschokkend is, benadrukt deze wel de centrale rol van exacerbaties in de progressieve verslechtering en mortaliteit bij COPD.

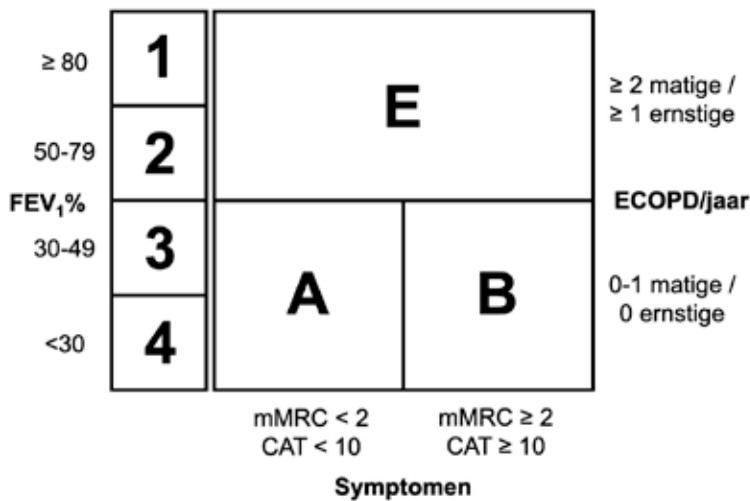
De aanbevelingen omtrent farmacotherapie zijn sterk veranderd. Voor patiënten in GOLD B en E wordt langwerkende duale luchtwegverwijding aangeraden als initiële therapie. In GOLD A volstaat één luchtwegverwijder. Voor nieuw gediagnosticeerde patiënten met hoge bloed eosinofielen (≥ 300 cellen/microliter) wordt triple inhalatietherapie geadviseerd. Indien de initiële behandelingen onvoldoende effect hebben, de inhalatietechniek, inhalator en therapietrouw adequaat zijn, volgt step-up behandeling. In geval van dyspnoe bestaat deze alleen uit LABA + LAMA. Indien er sprake is van exacerbaties, is toevoeging van ICS aanbevolen indien bloed eosinofielen ≥ 100 cellen/microliter en juist afgeraden bij < 100 cellen/microliter. Aanvullende opties bij exacerbe-

rende patiënten zijn macroliden en roflumilast. Belangrijke wijzigingen zijn het ontraden van LABA+ICS combinaties in COPD en het advies om inhalatiemedicatie zoveel mogelijk te combineren in één inhalator vanwege gebruiksgemak en effectiviteit. De marktintroductie van diverse triple inhalatoren in de afgelopen jaren heeft ongetwijfeld meegespeeld bij deze wijziging. In GOLD is eveneens een tabel opgenomen met een overzicht van behandelingen waarvan is aangetoond dat ze de mortaliteit bij (subgroepen van) COPD verlagen. Naast stoppen met roken, zuurstoftherapie en longvolume reductie chirurgie is hierin ook triple inhalatietherapie opgenomen, omdat studies als ETHOS⁶ en IMPACT⁷ lieten zien dat symptomatische patiënten met risico op exacerbaties een lager risico op overlijden hadden ten opzichte van patiënten met duale luchtwegverwijders.

Voor alle patiënten worden rookstop, fysieke activiteit en vaccinaties geadviseerd. Longrevalidatie is aanbevolen voor patiënten in groepen B en E. Recente onderzoeken in met name deze laatste groep lieten een sterke afname van heropnames en sterfte in het eerste jaar na ontslag uit het ziekenhuis zien bij patiënten die na ontslag gingen revalideren ten opzichte van patiënten die dat niet deden^{8,9}.

Aansluitend op het Rome voorstel¹⁰, heeft GOLD de definitie van exacerbatie aangepast, naar een episode gekenmerkt door verslechtering van kortademigheid en/of hoesten en sputum binnen de afgelopen 14 dagen, die vaak gepaard gaat met objectieve tekenen van klinische verslechtering, zoals tachypnoe en/of tachycardie. Een exacerbatie is vaak geassocieerd met systemische of pulmonale inflammatie als gevolg van infectie, luchtverontreiniging of een andere aanslag op de luchtwegen. GOLD adviseert het uitsluiten van belangrijke confounders, met name pneumonie, longembolie en hartfalen, voordat de diagnose exacerbatie wordt gesteld. Bovendien wordt er aanbevolen om objectieve kenmerken van de ernst van de exacerbatie te meten (zoals mate van kortademigheid, ademfrequentie, hartfrequentie, saturatie, CRP) en om de oorzaak van de exacerbatie te identificeren (viraal, bacterieel, eosinofiel, etc). Hoewel de behandeling van exacerbaties nog weinig gepersonaliseerd is, vergroot het fenotyperen van exacerbaties in observationele cohortstudies het inzicht in de heterogeniteit van deze episodes en zal dit uiteindelijk leiden tot fenotype-specifieke interventies.

Tenslotte wordt er in het nieuwe GOLD document veel aandacht gegeven aan de toenemende rol van CT in de diagnostiek van COPD. Deze beeldvorming wordt aanbevolen in het kader van de pulmonale differentiaaldiagnose, de beoordeling van patiënten voor geschiktheid voor endobronchiale interventies zoals ventielen en het screenen op longkanker. GOLD adviseert zelfs jaarlijks een CT scan om vroegtijdig longkanker op te sporen bij COPD etiotype C. Hoewel we in Nederland nog niet zover zijn, ligt het voor de hand dat met name patiënten met fenotype emfyseem voor screening in aanmerking komen, omdat zij een sterk verhoogd risico



Figuur 1. De classificatie van COPD volgens GOLD 2023.

hebben ten opzichte van rokers zonder COPD¹¹. Persoonlijk zie ik veel potentie in de mogelijkheid om ook andere klinisch relevante co-morbiditeiten bij COPD in kaart te brengen tijdens een dergelijke CT, zoals coronaire calcificaties, osteoporose en een verminderde spiermassa¹².

Al met al betekent de nieuwe GOLD update een behoorlijke verandering: nieuwe definities, nieuwe etiotypes, bijgewerkte classificatie en behandeladviezen. Toch zal dit voor de huidige patiënten niet direct voordelen opleveren. Ik vind overigens wel dat we in onze onderwijsactiviteiten richting patiënten, studenten, onderzoekers en collega's moeten benadrukken dat COPD méér is dan roken, zoals sterk naar voren komt in deze GOLD update. Veel medische collega's raken ongetwijfeld het spoor bijster wanneer er in de brief van de longarts wordt gesproken over een patiënt met COPD Type C, GOLD 2, groep E. Toch vind ik de veranderingen in GOLD een stapje vooruit. Ze dragen bij aan de bewustwording dat COPD slechts een overkoepelende term is voor vele verschillende condities en dat de wetenschappelijke wereld deze beter in kaart moet gaan brengen om te komen tot meer effectieve en persoonsgerichte behandelingen, zowel in de chronische fase van de ziekte als tijdens exacerbaties. Daarnaast blijft het streven van GOLD om COPD op de wereldwijde politieke en wetenschappelijke agenda te houden bijzonder relevant, aangezien recente onderzoeken laten zien dat met name in laag inkomensregio's van de wereld de incidentie en sterfte ten gevolge van COPD nog steeds stijgen¹³. Kortom: GOLD 2023 helpt COPD niet de wereld uit, maar is wel een kleine stap in de goede richting.

Frits Franssen

Referenties

1. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163(5): 1256-1276.
2. Stolz D, Mkorombindo T, Schumann DM, Agusti A, Ash SY, Bafadhel M, Bai C, Chalmers JD, Criner GJ, Dharmage SC, Franssen FME, Frey U, Han M, Hansel NN, Hawkins NM,

Kalhan R, Konigshoff M, Ko FW, Parekh TM, Powell P, Rutten-van Molken M, Simpson J, Sin DD, Song Y, Suki B, Traosters T, Washko GR, Welte T, Dransfield MT. Towards the elimination of chronic obstructive pulmonary disease: a Lancet Commission. *Lancet* 2022; 400(10356): 921-972.

3. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2023 Report. 2022.
4. Lowe KE, Regan EA, Anzueto A, Austin E, Austin JHM, Beaty TH, Benos PV, Benway CJ, Bhatt SP, Bleeker ER, Bodduluri S, Bon J, Boriek AM, Boueiz AR, Bowler RP, Budoff M, Casaburi R, Castaldi PJ, Charbonnier JP, Cho MH, Comellas A, Conrad D, Costa Davis C, Criner GJ, Curran-Everett D, Curtis JL, DeMeo DL, Diaz AA, Dransfield MT, Dy JG, Fawzy A, Fleming M, Flanagan EL, Foreman MG, Fortis S, Gebrekristos H, Grant S, Grenier PA, Gu T, Gupta A, Han MK, Hanania NA, Hansel NN, Hayden LP, Hersh CP, Hobbs BD, Hoffman EA, Hogg JC, Hokanson JE, Hoth KF, Hsiao A, Humphries S, Jacobs K, Jacobson FL, Kazerooni EA, Kim V, Kim WJ, Kinney GL, Koegler H, Lutz SM, Lynch DA, MacIntyre NR, Jr., Make BJ, Marchetti N, Martinez FJ, Maselli DJ, Mathews AM, McCormack MC, McDonald MN, McEvoy CE, Moll M, Molye SS, Murray S, Nath H, Newell JD, Jr., Occhipinti M, Paoletti M, Parekh T, Pistolesi M, Pratte KA, Putcha N, Ragland M, Reinhardt JM, Rennard SI, Rosiello RA, Ross JC, Rossiter HB, Ruczninski I, San Jose Estepar R, Sciruba FC, Sieren JC, Singh H, Soler X, Steiner RM, Strand MJ, Stringer WW, Tal-Singer R, Thomashow B, Vegas Sanchez-Ferrero G, Walsh JW, Wan ES, Washko GR, Michael Wells J, Wendt CH, Westney G, Wilson A, Wise RA, Yen A, Young K, Yun J, Silverman EK, Crapo JD. COPDGene(R) 2019: Redefining the Diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Chronic Obstr Pulm Dis* 2019; 6(5): 384-399.
5. Celli B, Fabbri L, Criner G, Martinez FJ, Mannino D, Vogelmeier C, Montes de Oca M, Papi A, Sin DD, Han MK, Agusti A. Definition and Nomenclature of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Time for Its Revision. *Am J Respir Crit Care Med* 2022; 206(11): 1317-1325.
6. Martinez FJ, Rabe KF, Ferguson GT, Wedzicha JA, Singh D, Wang C, Rossman K, St Rose E, Trivedi R, Ballal S, Darken P, Aurivillius M, Reisner C, Dorinsky P. Reduced All-Cause Mortality in the ETHOS Trial of Budesonide/Glycopyrrolate/Formoterol for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. A Randomized, Double-Blind, Multicenter, Parallel-Group Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2021; 203(5): 553-564.
7. Lipson DA, Crim C, Criner GJ, Day NC, Dransfield MT, Halpin DMG, Han MK, Jones CE, Kilbride S, Lange P, Lomas DA, Lettis S, Manchester P, Martin N, Midwinter D, Morris A, Pascoe SJ, Singh D, Wise RA, Martinez FJ. Reduction in All-Cause Mortality with Fluticasone Furoate/Umeclidinium/Vilanterol in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2020; 201(12): 1508-1516.
8. Lindenauer PK, Dharmarajan K, Qin L, Lin Z, Gershon AS, Krumholz HM. Risk Trajectories of Readmission and Death in the First Year after Hospitalization for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2018; 197(8): 1009-1017.
9. Stefan MS, Pekow PS, Priya A, ZuWallack R, Spitzer KA, Lagu TC, Pack QR, Pinto-Plata VM, Mazor KM, Lindenauer PK. Association between Initiation of Pulmonary Rehabilitation and Rehospitalizations in Patients Hospitalized with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2021; 204(9): 1015-1023.
10. Celli BR, Fabbri LM, Aaron SD, Agusti A, Brook R, Criner GJ, Franssen FME, Humbert M, Hurst JR, O'Donnell D, Pantoni L, Papi A, Rodriguez-Roisin R, Sethi S, Torres A, Vogelmeier CF, Wedzicha JA. An Updated Definition and Severity Classification of COPD Exacerbations: The Rome Proposal. *Am J Respir Crit Care Med* 2021.
11. Yong PC, Sigel K, de-Torres JP, Mhango G, Kale M, Kong CY, Zulueta JJ, Wilson D, Brown SW, Slatore C, Wisnivesky J. The effect of radiographic emphysema in assessing lung cancer risk. *Thorax* 2019; 74(9): 858-864.
12. Ezponda A, Casanova C, Divo M, Marin-Oto M, Cabrera C, Marin JM, Bastarrika G, Pinto-Plata V, Martin-Palmero A, Polverino F, Celli BR, de Torres JP. Chest CT-assessed comorbidities and all-cause mortality risk in COPD patients in the BODE cohort. *Respirology* 2022; 27(4): 286-293.
13. Li HY, Gao TY, Fang W, Xian-Yu CY, Deng NJ, Zhang C, Niu YM. Global, regional and national burden of chronic obstructive pulmonary disease over a 30-year period: Estimates from the 1990 to 2019 Global Burden of Disease Study. *Respirology* 2023; 28(1): 29-36.

Vergoedingen ook voor patiënten met Werkgerelateerd allergisch Astma en Asbest gerelateerde Longkanker

In 2020 verscheen het rapport van de commissie Heerts. In opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is onderzoek gedaan naar vergoedingen voor patiënten met een beroeps gerelateerde aandoening. De commissie heeft hier positief over geadviseerd en voorgesteld de inhoudelijke ondersteuning voor vergoedingsgrond te laten ontwikkelen door een nieuw instituut dat onderdeel is gaan uitmaken van het RIVM namelijk Lexces. Lexces is een ontstaan uit een fusie tussen de organisaties Polikliniek Mens & Arbeid (PMA), Institute for Risk Assessment Sciences (IRAS), Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL) en het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). De uitvoering van de regeling zal naar analogie van de regelingen voor Mesotheliom en Asbestose worden uitgevoerd door het IAS. Of beter gezegd door het Instituut Slachtoffers Beroepsziekten door Gevaarlijke Stoffen (ISBG) dat is opgericht als organisatie naast het Instituut Asbestslachtoffers (IAS), maar zo veel mogelijk op dezelfde manier werkt vanuit één operationele organisatie.

Op 1 januari 2023 zijn de compensatieregelingen voor Allergisch werkgerelateerd Astma en Asbest gerelateerde Longkanker (ARLC) in werking getreden. Patiënten die aan criteria voor beide aandoeningen voldoen komen in aanmerking voor een eenmalig compensatiebedrag van € 22.839,- euro. Beide aandoeningen vallen onder de zogenaamde 'Tegemoetkoming Stoffengerelateerde Aandoeningen (TSB)'. In deze regeling wordt niet bemiddeld met een ex-werkgever of verzekeraar om nog tot een additionele tegemoetkoming te komen. Bij allergisch werkgerelateerd astma moet er duidelijk sprake zijn allergisch geïnduceerd astma dat op het werk is ontstaan.



Voor ARLC geldt dat er een minimale blootstelling aan asbest van vijf vezeljaren moet hebben plaatsgevonden. Slachtoffers voor de nieuwe regelingen kunnen worden aangemeld bij het ISBG waarna contact met hen zal worden opgenomen. De beoordeling of iemand voor een tegemoetkoming in aanmerking komt wordt uitgevoerd door panels die zijn samengesteld uit een arbeidshygiënist, een bedrijfsarts en een longarts. Na toewijzing zal het bedrag worden uitgekeerd door de Sociale Verzekerings Bank. Overigens is voor schildersziekte (CSE) ook een TSB regeling van kracht geworden. Het is de bedoeling de komende jaren ook slachtoffers van andere werkgerelateerde aandoeningen voor een tegemoetkoming in aanmerking te laten komen. Bij deze aandoeningen zullen zeker ook weer longziekten zijn.

*Hugo Schouwink, longarts
Bestuurslid I.A.S./I.S.B.G.*

	Mesotheliom	Asbestose	Allergisch werkgerelateerd Astma	ARLC
Instituut aanmelding	I.A.S.	I.A.S.	I.S.B.G.	I.S.B.G.
Bemiddeling voor additionele vergoeding	+	+	-	-
Blootstelling tijdens arbeid noodzakelijk	-	-	+	+
Blootstellingseis	-	5 vezeljaren	Aannemelijk allergeen	5 vezeljaren

Internationale onderwijsavonden Longgeneeskunde

Sinds het najaar van 2021 zijn wij, Florence Atrafi en Ferhat Beyaz, 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, vertegenwoordigt zo'n 300.000 jonge artsen en heeft onder meer als doel het verbeteren van arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden voor AIOS, mobiliteit van Europese artsen (in opleiding) te bevorderen en standaarden te stellen voor de kwaliteit van medische vervolgoopleidingen. De UEMS is de artsenorganisatie die de verschillende nationale wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten binnen de EU vertegenwoordigt op Europees niveau.

Zoals eerder aangekondigd in de PulmoScript, zijn wij afgelopen zomer gestart met het opstellen van een digitaal platform om verbinding te leggen tussen AIOS Longziekten en Tuberculose vanuit meerdere Europese landen. Samen met Frank Smeenk, longarts-vertegenwoordiger binnen de sectie Longgeneeskunde van de UEMS en werkzaam in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven, en de in Malta gevestigde Martin Balzan, longarts en voorzitter binnen de UEMS Sectie Longgeneeskunde, hebben wij dit initiatief gerealiseerd door een online onderwijs-/refereeravond te organiseren. Deze pilot heeft plaatsgevonden in mei 2022 met als thema 'COVID-19 and Beyond'. Een groep van circa 30 - 40 AIOS en longartsen uit het Rijnstate ziekenhuis Arnhem, Catharina ziekenhuis Eindhoven, Amphia Ziekenhuis Breda, en Mater Dei Hospital in Malta woonden deze avond bij. Verscheidene onderwerpen met betrekking tot COVID-19 werden door verschillende AIOS en longartsen gepresenteerd. In een enquête achteraf werden als grote meerwaarde van deze onderwijsavond de inzichten in elkaars (be)handelwijzen en de ruimte voor interactie onderling benoemd.

Na deze succesvolle pilot, hebben wij het concept breder getrokken en heeft in oktober 2022 de tweede sessie plaatsgevonden voor een breder nationaal en internationaal publiek. Vanuit Nederland namen nu, naast de drie bovengenoemde ziekenhuizen, ook de geaffilieerde opleidingsziekenhuizen in deze drie Onderwijs- en Opleidingsregio's (OOR) deel (OOR-ZON, -ZWN en -ON) en werd de grens ook verder verlegd door het Italiaans universiteitsziekenhuis van Catania actief te betrekken tijdens deze tweede sessie. Het thema van deze avond, 'Non-Invasive Ventilation', werd ingevuld door voordrachten verzorgd door AIOS uit alle drie de landen. Met een bezoekersaantal van circa 100 - 120 A(N)IOS, longartsen en onderzoekers uit Italië, Malta en Nederland en overwegend positieve feedback uit de enquêtes, kijken wij terug op een geslaagde tweede onderwijsavond.

Een belangrijk doel waar wij met dit digitaal platform in de toekomst naar willen streven is het creëren van



een internationaal podium waar AIOS laagdrempelig een voordracht kunnen houden, het bevorderen van kennisoverdracht in een internationaal perspectief, leren van elkaars (verschillende?) werkwijzen en het creëren van verbinding tussen de Europese AIOS. Inzicht krijgen in elkaars opleidingen, de overeenkomsten en verschillen in werkwijzen en de latere arbeidsperspectieven zijn van grote meerwaarde voor collega's die overwegen om een deel van hun opleiding in het buitenland te willen volgen of zich na hun opleiding (tijdelijk) over de grens willen vestigen. Hoewel de daadwerkelijke implementatie en praktische uitwerking van internationalisering binnen de vervolgoopleiding veel vraagstukken en uitdagingen kent, willen wij middels dit digitaal onderwijsplatform onze collega's uit andere Europese landen een middel geven om met elkaar in contact te komen. Dit samenwerkingsverband laat ook goed zien dat het gebruik maken van online technologie een simpel en toegankelijk manier is om grenzen van de opleiding te verleggen.

Inmiddels wordt met elke sessie een steeds breder publiek aangetrokken en zal het publiek naast de Nederlandse, Maltese en Italiaanse groep, vergezeld worden door een Griekse en Hongaarse opleidingsregio. Deze eerstvolgende internationale onderwijsavond zal plaatsvinden op woensdag 8 maart 2023, van 17:30 tot 19:30 uur. Het onderwerp van volgende onderwijssessie zal gaan over 'De rol van multidisciplinaire aanpak in de behandeling van longkanker'. Ben jij geïnteresseerd in het bijwonen van deze internationale onderwijsavonden, stuur dan een e-mail aan Ferhat (fbeyaz@rijnstate.nl) of Florence (fatrafi@amphia.nl). In de nabije toekomst streven wij ernaar dat elke Nederlandse AIOS wordt uitgenodigd voor deze facultatieve onderwijsavond.

Heel graag tot ziens bij één van de volgende internationale sessies!

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

Opleiding in de kijker: UMCU

*Utereg m'n stadsie daar gebeurt van alle hand
het bruist aan alle kant in het hartsie van het land
de sterrenwijk het Houtplein en De Lange Rozendaal
Utereg het mooist van allemaal*

Leuk om jullie een inkijkje te kunnen geven in onze kliniek!

Op dit moment werken wij met 19 longartsen, 7 AIOS en 4 ANIOS in het UMC Utrecht. Daarnaast hebben wij bijna altijd stagisten vanuit de periferie of de Interne Geneeskunde en verpleegkundig specialisten wie onze groep compleet maken. Wij zijn een relatief kleine groep voor een academisch ziekenhuis en dan te bedenken dat de groep al enorm uitgebreid is ten opzichte van enkele jaren geleden. Dit maakt dat we een heel divers, enthousiast en relatief jong team bij elkaar hebben, wie elkaar allemaal goed kennen. De onderlinge bereidheid om elkaar te helpen is groot en er is altijd iemand te vinden om een handje te helpen. Het UMCU biedt een interessante leeromgeving waarbij er in veel verschillende aandachtsgebieden ervaring opgedaan kan worden en iedereen laagdrempelig benaderbaar is. Naast de oncologie en algemene longziekten, nemen onder andere het Centrum voor Thuisbeademing, de longtransplantatiezorg en cystic fibrose zorg een belangrijke plek in op onze afdeling. Vanuit het zuiden van Nederland zijn wij het dichtstbijzijnde transplantatiecentrum, de echte Limburgse vlaaien worden dan ook regelmatig door patiënten voor ons mee genomen. De afdeling bestaat uit 20 afdelingsbedden en 4 bedden voor het Centrum voor Thuisbeademing, welke door 2 arts-assistenten worden bemenst die er samen met (3e jaars) co-assistenten en (6e-jaars) semi-artsen de scepter zwaaien. Ook hebben wij sinds twee jaar een respiratory care unit (RCU) waar post-operatieve patiënten direct na de OK worden



opgenomen in plaats van dat zij eerst een nachtje op de Medium Care moeten verblijven. Ook wordt de RCU gebruikt voor het monitoren van patiënten met bijvoorbeeld acute NIV of Optiflow behoefte. De RCU is nog volop in ontwikkeling en we hopen het arsenaal aan mogelijkheden steeds verder te kunnen uitbreiden. Sinds kort mogen patiënten op

de RCU bijvoorbeeld ook een arteriële lijn hebben. Naast de afdeling bestaan onze klinische taken vooral uit de consulten en de SEH, waarvoor wij helaas nog worden opgepiept op een ouderwetse pieper. Sinds enkele jaren is één van de longartsen een week kliniekarts en worden zijn of haar overige taken die week zo veel mogelijk afgeschaald. Dit maakt dat er veel meer tijd is voor supervisie en dat er altijd een mogelijkheid is voor overleg of een mede-beoordeling waar nodig.

Tot voor kort hadden wij als AIOS een wekelijkse lijnpoli. Om meer tijd voor verdieping te krijgen is dit gewijzigd naar een polistage welke wordt gecombineerd met een longfunctiestage. Tot nu toe bevalt ons dat erg goed! Helaas kan je patiënten over de tijd korter vervolgen maar we merken allemaal dat onze leercurve in poliklinisch werken enorm stijl is in een korte periode. Na de poli- en oncologiestage gaan wij een half jaar naar de periferie, vaak





het St Antoniusziekenhuis in Nieuwegein/Utrecht of het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch.

Twee keer per week is er een vast onderwijsmoment waarbij afwisselend onderwijs wordt gegeven door een arts-assistent of een specialist. Daarnaast is er maandelijks longfunctieonderwijs en leren we veel van de wekelijkse radiologie/mycologie bespreking, het MDO-ILD, de transplantatiebesprekingen en het MDO oncologie. En tegenwoordig natuurlijk de WIDD (wat is de diagnose), waarbij wij graag de strijd met jullie aangaan! Behalve een leerzame en hele gevarieerde werkomgeving is er natuurlijk ook tijd voor gezelligheid. Het koffiemomentje met elkaar na de overdracht (wij hebben goede koffie op de afdeling!) is een vast bijkletsmoment. En we zijn net terug van

een lang weekend in de sneeuw (en de après ski bar), waar er meer mensen wel dan niet op de bar hebben gestaan! Daarnaast is er een jaarlijks diner waar we afscheid nemen van de AIOS die klaar zijn en proberen we als assistentengroep regelmatig uitjes te plannen. Die uitjes zijn niet alleen borrels: een deel van ons zal onder de Dom door gaan rennen met de halve marathon van Utrecht in mei! Het UMCU ligt centraal in het land en dus ook voor veel stagisten van buitenaf goed te bereiken, dus mocht je interesse hebben in bijvoorbeeld de longtransplantatie of CF zorg weet ons dan te vinden!

De arts assistenten in het UMCU

Wat is er nieuw?

Een academische stage in het Utrechtse is een aanrader! Vanuit het Franciscus Gasthuis & Vlietland Rotterdam benaderde ik de opleider René Schweitzer een half jaar geleden met de vraag of ik mijn academische stage kon lopen in het UMCU. Ik werd direct hartelijk ontvangen en mijn 'beperking' dat ik maar 60% in de kliniek werk (naast mijn wetenschappelijke taken als postdoc), was zeker geen belemmering.

Uitdagende pathologie is er voorbijgekomen op het gebied van infectieziekten, CF en LOTX. De bijzondere scopieën (die ik waarschijnlijk nooit meer ga zien in mijn carrière) zal ik nooit vergeten. De afwisseling van taken zoals interne-, chirurgische consulten, afdeling en SEH heeft de stage voor mij heel interessant gemaakt. Het UMCU heeft een leuke club AIOS/ANIOS waar ik mij meteen thuis voelde. Met z'n allen een kopje koffie doen na de overdracht (en inderdaad opvallend lekkere ziekenhuiskoffie) draagt hier zeker aan bij. Dus mocht je denken een academische stage lopen in het UMCU, ik zeg doen!

Hanna Kuiper – van der Valk

Jonge klare in de kijker

Naam: Karlijn Schulkes
Geboortedatum: 6 augustus 1988
Opleiding geneeskunde: Universiteit Utrecht
Opleidingskliniek: UMC Utrecht
Werkt nu in: Diakonessenhuis Utrecht als algemeen longarts met aandachtsgebied oncologie

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

Met veel plezier kijk ik terug op mijn opleiding. Ik vond het een enorm fijne tijd, heb altijd in een prettig opleidingsklimaat mogen werken. Mijn opleiding heb ik voornamelijk in het UMC Utrecht gedaan, de vooropleiding in het Diakonessenhuis Utrecht. Daarnaast heb ik tijdens stages nog in verschillende ziekenhuizen mogen kijken zoals: Antonius ziekenhuis, Antoni van Leeuwenhoek en Diakonessenhuis voor slaap en NIV stage. Kortom, veel gezien en gedaan. Ik vond het erg leuk om ook naast mijn opleiding andere dingen op te pakken. Zo heb ik de kans gehad om lid te zijn van het AIOS bestuur van de NVALT, calamiteitenonderzoek te doen, onderwijs geven en een promotietraject te doen.

Wat is je aandachtsgebied en hoe ben je daarachter gekomen?

Naast dat een groot deel van mijn werk als algemeen longarts is, is mijn aandachtsgebied oncologie. Tijdens mijn vooropleiding had ik al wat voorkeur voor de algemene oncologie, nadien heb ik de kans gekregen om mijn opleiding tijdelijk te onderbreken voor promotieonderzoek naar longkanker bij ouderen. Toen ik daarna mijn oncologiestage



in het UMC Utrecht kon doen, werd voor mij bevestigd dat dit aandachtsgebied goed bij mij past. Als laatste verdiepingsstage heb ik nog 6 maanden in het Antoni van Leeuwenhoek mogen werken.

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

Voor mij is het erg prettig geweest om mijn opleiding tijdelijk te onderbreken voor wetenschappelijk onderzoek. Dat werd vooral gesteund door longarts Leontine van Elden (destijds in het Diakonessenhuis, op dit moment werkzaam in New York) en klinisch geriater (Marije Hamaker). Mijn stage in het AVL was voor mijn carrière ook een goede stap. Daarnaast heb ik vooral veel te danken aan een hele prettige tijd in het UMC Utrecht, waarbij ik zeker nog steeds dagelijks merk ik dat veel heb geleerd van Anne van Lindert, en ook van Janneke.

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

Bij het vinden van mijn droombaan heb ik gelukkig weinig problemen ondervonden. Dus ik weet niet of dat helemaal representatief is voor de arbeidsmarkt voor jonge klaren longartsen. Bij startende collegae zie ik dat iedereen in ieder geval redelijk makkelijk een tijdelijke baan als chef of fellow kan vinden. Ik zie wel dat het lastig om een vaste plek te krijgen. Ik verwacht dat dit de komende jaren zo zal blijven.

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

Voor mij was de overgang redelijk groot, maar werd dat erg makkelijk gemaakt doordat ik vanaf het begin werkzaam was in een erg prettig team. Als je eenmaal begint merk je dat je veel beslissingen echt inmiddels wel kan nemen. Ik vind het fijn om in een team te werken waar laagdrempelig overleg altijd mogelijk is. Ook binnen het ziekenhuis zijn de lijntjes kort. Door werkzaam te zijn in een ziekenhuis en regio waar ik ook ben opgeleid is het erg prettig dat je weet wie je moet bellen voor specifieke vragen, dan krijg je ook een beter en sneller antwoord. Daarnaast werkt het erg prettig als je collegae belt uit een ander centrum om te weten wie je aan de telefoon hebt.



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

Meer ervaring krijgen als algemeen longarts en specifiek binnen de oncologie. Ook zou ik het erg leuk vinden om organisatorisch binnen het ziekenhuis wat meer dingen op te pakken. Zoals bijvoorbeeld samenwerking met huisartsen, oncologie algemeen in het ziekenhuis, palliatieve zorg.

Hoe combineer je je werk met je gezinsleven?

Dat is niet altijd makkelijk. Het helpt om veel dingen te plannen en te organiseren. Samen met mijn man en 2 dochters (binnenkort verwachten we nummer 3), woon ik in Maarssen. Wat wij vooral merken is dat het fijn is om te kunnen vertrouwen op de oppas, BSO, kinderopvang en soms hulp te vragen aan de burens. Mijn belangrijkste tip daarin is niet bezuinigen op oppas of schoonmaakhulp en vraag af en toe om hulp. Daarnaast is het fijn om je partner goed dingen af te kunnen stemmen, zodat je zelf ook nog wat tijd hebt voor sport, een leuke borrel of afspreken met vrienden.

Heb jij adviezen voor beginnende assistenten?

Denk goed na over wat je zou willen bereiken met je opleiding. Neem ook initiatief voor verdieping, dat hoeft niet altijd onderzoek te zijn, maar kan ook in de vorm van onderwijs, bestuur, vakgroepoverstijgende problematiek (calamiteitonderzoek). Op die manier heb ik altijd veel afwisseling gehad in mijn opleiding. Het kunnen doen van stages op verschillende plekken is daarvoor wel erg belangrijk. Op dit moment hoor ik helaas vaak dat door tekort aan arts assistenten tijd voor verdieping verloren gaat en dat vind ik erg jammer. Ga ook als AIOS naar de longartsenweek of andere bijeenkomsten van de NVALT. Neem de tijd om te luisteren en te investeren in contact met verpleegkundigen en ander personeel waar je veel mee samenwerkt.

Geniet vooral van je opleidingstijd, daarna komen er hele andere taken op je bordje. Maak gebruik van zoveel mogelijk opleidingsmomenten. Neem ook voldoende tijd voor ontspanning.



Stage in de etalage - een verdiegingsstage in het AVL

Naarmate ik het einde van mijn opleiding tot longarts naderde begon ik meer en meer na te denken over het vervolg van mijn medische carrière.

Is er een specifiek aandachtsgebied waar mijn interesse ligt of is er een aandachtsgebied waar ik me verder in wil ontwikkelen. Gelukkig is er naarmate je opleiding vordert meer ruimte voor verdieping.

Tijdens mijn opleiding had ik reeds gemerkt dat de thoracale oncologie een aandachtsgebied is waar ik erg van gecharmeerd was. Om mezelf verder uit te dagen en om te ontdekken of het inderdaad een aandachtsgebied is waar ik in verder wil besloot ik op zoek te gaan naar een verdiegingsstage.

Al gauw kwam ik bij mijn zoektocht uit bij het Antoni van Leeuwenhoek. Al snel volgde een kennismakingsgesprek en daarbij viel het mij direct op dat de stage kon worden aangepast om het best aan mijn leerdoelen te voorzien. Zo ontstond binnen no time een uitdagende mix van poliklinisch werk met veel nieuwe patiënten, second opinions, behandeling met doelgerichte therapie en het managen van toxiciteit. Daarnaast was er ruime blootstelling aan verrichtingen op de behandelkamer (EBUS, EUS, pleuradrainages maar ook verbijfsdrains) en interventies op de OK (starre scopie voor debulking, stentplaatsing en thoracoscopie-en).

Ook was er ruimte voor supervisie aan de jongere ANIOS over de klinische patiënten. Tot slot kon ik aansluiten bij alle MDO's, research besprekingen en overige overlegmomenten.

Al met al was er sprake van een uitdagende mix van werkzaamheden. Ik merkte dat ik me door alle nieuwe indrukken en nieuwe mogelijkheden (behandelopties, complicaties etc) bewust iets onbekwamer voelde. Dit gevoel zorgde voor extra motivatie om mijn kennis verder uit te breiden.

De oncologische zorg in een specialistisch centrum als het AVL is anders dan in een perifeer ziekenhuis met meer en andere behandelopties. Hierdoor wordt je gedwongen om

de (behandel)keuzes beter af te wegen op basis van de beschikbare literatuur.

Tijdens de stage kreeg ik de mogelijkheid om enkel en alleen bezig te zijn met thoracale oncologie, ik werd direct opgenomen in het team en behandeld als volwaardig longarts. Daarbij kreeg ik de zelfstandigheid en verantwoordelijkheid waar ik naar op zoek was maar tegelijkertijd was er laagdrempelig contact met supervisors waar nodig. Naast een vaste poli supervisor waren de stafartsen bereikbaar voor overleg/supervisie waar nodig.



Gedurende de stage was er veelvuldig overleg met de vaste poli supervisor maar ook de opleiders om te evalueren of ik mijn leerdoelen kon behalen. Waar nodig werden bepaalde ziektebeelden/behandelingen getrieerd naar mijn poli om zodoende het maximale uit mijn stage te kunnen halen.

De afgelopen 6 maanden hebben mij doen beseffen dat de thoracale oncologie inderdaad het aandachtsgebied is waar ik mee verder wil. Ik voel me mede hierdoor bekwaam om in de (nabije) toekomst hiermee aan de slag te gaan als longarts.

Ik zou mijn collega AIOS deze stage absoluut aanraden om zichzelf uit te dagen in de thoracale oncologie en op die manier te ontdekken of dit een aandachtsgebied is die hun op het lijf geschreven is.

Duco Schippers

Nieuwe hoogleraar: Erik van der Heijden

Recent is Erik van der Heijden benoemd tot hoogleraar op het gebied van interventie longziekten aan het Radboudumc. In zijn onderzoek zet hij zich in voor nieuwe technologische ontwikkelingen in de vroegdiagnostiek naar longkanker. Hiermee is hij onder andere een pionier op het gebied van navigatiebronchoscopie en onderzocht hij vele andere technieken die de stadiering en diagnostiek naar longkanker kunnen verbeteren.

Navigatie bronchoscopie

Hij deed veel onderzoek naar de cone-beam CT navigatie. Met deze CT techniek kan er een 3D visualisatie gecreëerd worden van de luchtwegen tijdens de bronchoscopie waardoor er een betere navigatie mogelijk is naar zeer kleine, diep in de long gelegen, verdachte laesies. In het eerste Nederlandse onderzoek liet van der Heijden zien dat hiermee een accuratesse bereikt kon worden van 76,3%. Ook onderzocht hij wat de toegevoegde waarde kon zijn van een andere, al langer beschikbare techniek: de elektromagnetische navigatie. Deze techniek is te vergelijken met de navigatiesystemen zoals we die in onze auto's kennen. Met deze benadering werd in slechts 52,2% van de gevallen de laesie daadwerkelijk bereikt. Dit eerste onderzoek maakt duidelijk dat voor een accurate diagnose geavanceerde 3D-beeldvorming met cone-beam CT tijdens de bronchoscopie een belangrijke stap voorwaarts is. Zijn vervolgonderzoeken zijn derhalve gericht op het verder verbeteren van deze techniek waarbij de cone-beam CT als enig hulpmiddel wordt gebruikt bij het navigeren naar deze kleine nodules met een diameter van gemiddeld 15 mm. Inmiddels is het succes van de navigatie ruim 90%, dus de nodule kan veilig worden bereikt met een zeer laag risico op complicaties (2,5%). Maar dan zijn we er nog niet. De uitdaging zit hem dan vooral in het verkrijgen van goed materiaal voor pathologie. Het nog verder verbeteren van de diagnostische accuratesse is onderwerp voor verdere onderzoeken, door verbeteringen in de techniek van biopteren en positioneren en het volgen van de nodule met de katheters in de ademende patiënt, maar ook in het eenvoudiger maken van de procedure. Dit heeft nu nog een behoorlijk lange leercurve en veel geduld.

Dat dit onderzoek zeer relevant is wordt steeds evidentier. Van der Heijden toonde eveneens aan dat het gebruik van de technieken kosteneffectief is en dat het met een trainingsprogramma goed te leren is voor longartsen die gewend zijn veel interventies te doen en door samen te werken in een team

met technisch geneeskundigen. Daarmee pleit hij ervoor dat er meer cone-beam faciliteiten gebruikt gaan worden voor deze patiëntengroep. Inmiddels heeft het Zorginstituut Nederland samen met Zorgverzekeraars Nederland en de patiëntenvereniging Longkanker Nederland beeldgestuurde navigatiebronchoscopie goedgekeurd voor opname in het verzekerde pakket onder voorwaarden van training en deelname aan database voor registratie van kwaliteit en uitkomst. Het KWF heeft hiervoor een subsidie toegekend aan van der Heijden waarmee hij in het Radboudumc longartsen en ondersteunend personeel uit nieuwe centra zal gaan opleiden, zodat de cone-beamCT-gestuurde navigatie bronchoscopie breder geïmplementeerd kan worden in Nederland.

Screening voor longkanker:

Met de publicaties van de NELSON data is de meerwaarde van longkankerscreening opnieuw bevestigd en de noodzaak tot invoering hiervan onderstreept. De verwachting is dat daarmee de behoefte aan minder invasieve vormen van diagnostiek naar perifere longlaesies de komende jaren zeer sterk zal groeien. Voor mensen die geconfronteerd worden met een longlaesie moet er een goed diagnostisch traject beschikbaar zijn voor verdere determinatie van de gevonden afwijking. Omdat het een vaak kwetsbare patiëntengroep betreft en de enige nu beschikbare manier van diagnostiek - een CT-geleide punctie -



Erik van der Heijden, foto: Bert Beelen

gekende risico's heeft op het krijgen van een pneumothorax of een bloeding, wordt er op dit moment zeer vaak voor gekozen om zonder een weefseldiagnose over te gaan op bestraling of operatie. Bij screening zullen ook benigne afwijkingen gevonden worden en deze mensen zullen door de uitkomst van een screening blootgesteld worden aan potentieel risicovolle vervolgonderzoeken. De vraag naar nieuwe (endo-bronchiale) technieken, met een hoge sensitiviteit en specificiteit en met een laag risico op complicaties voor de patiënt, is daarmee actueler dan ooit.

Een toekomst visie op interventie-longziekten in Nederland

Van der Heijden streeft ernaar om de komende jaren in elk regionaal longkanker netwerk tenminste één navigatiebronchoscopie centrum te realiseren waarmee vervolgens een landelijk netwerk gevormd kan worden. Maar met de te verwachten toenemende vraag naar deze vorm van diagnostiek, gecombineerd met het tekorten aan personeel in de zorg is een volgend belangrijk onderdeel in zijn aanstelling

het treffen van voorbereidingen om te komen tot een effectieve lokale behandeling van deze kleine longtumoren. Dit alles vraagt om gespecialiseerde kennis en ervaring, zowel op medisch als op technisch vlak. Van der Heijden pleit derhalve voor de integratie en opleiding van technisch geneeskundigen als onderdeel van het team, maar ook tot verdere specialisatie van longartsen in het domein van de interventie longziekten. Deze ontwikkeling is vergelijkbaar met de ontwikkeling die radiologen en cardiologen hebben doorgemaakt en zoals deze voor longartsen inmiddels is geïmplementeerd in de USA en Italië.

Het Radboudumc geeft een gezicht en erkenning aan dit belang met de benoeming van Erik van der Heijden als hoogleraar interventie longziekten.

De oratie van prof. dr. Erik van der Heijden vindt plaats op 24 maart en is getiteld "De dans ontspringen"

Joris Veltman

Nieuwe hoogleraar: Marlies Wijsenbeek-Lourens

Interstitiële longziekten (ILDs) omvatten een diverse groep van meer dan 200 longaandoeningen, van uiterst zeldzaam tot relatief veel voorkomend. De meeste ILDs worden gekenmerkt door inflammatie, fibrose of een combinatie van deze twee. Bij sommige ultra zeldzame ILDs spelen er ziekte specifieke onderliggende pathogenetische mechanismen een rol. Benauwdheid, hoesten en vermoeidheid zijn de meest gehoorde klachten. De prognose voor patiënten varieert van complete genezing bij meer inflammatoir gedreven ziekten zoals bijvoorbeeld de organiserende pneumonie, tot overlijden binnen een aantal jaar na diagnose voor idiopathisch longfibrose en andere ILDs die progressieve fibrose laten zien. Marlies Wijsenbeek zet zich al jaren in voor de verbetering van kwaliteit van leven en behandeling van patiënten met ILD.

Onbekendheid van interstitiële longziekten

Al hoewel de meeste longartsen ILD wel op hun netvlies hebben, is diagnostische vertraging en daarmee samenhangend laat starten van de juiste behandeling een groot probleem. Mensen met progressieve longfibrose hebben gemiddeld een traject van bijna een jaar tot de juiste diagnose en voor sommige ultra zeldzame ILDs is dit soms nog aanzienlijk langer. De specifieke klachten, lage prevalentie en complexe multidisciplinaire diagnostische trajecten zijn een aantal redenen voor deze vertraging. Het clusteren van diagnostiek en zorg voor ILDs is hierom van belang.

Wijsenbeek heeft zich samen met collega's nationaal en internationaal intensief ingezet voor het tot stand brengen van zorgnetwerken. "In Nederland hebben we in de afgelopen jaren met elkaar belangrijke stappen in gezet door het vormen van een ILD-netwerk, een in de wereld unieke organisatie van

ILD-zorg voor het complete land en met draagvlak vanuit de beroeps- en patiëntenverenigingen". Door samenwerking met regionale centra en expertisecentra via video multidisciplinaire besprekingen wordt expertise gedeeld, kunnen mensen vaak dichterbij huis behandeld worden en doelgericht verwezen worden naar expertisecentra. Gezamenlijk werken zij ook aan registers voor het verzamelen van gegevens over de betrokken aandoeningen.

Naast organisatie van zorg moeten ook nieuwe technieken zoals bijvoorbeeld automatische analyses van beeldvorming, uitademingslucht (e-nose) en genetisch onderzoek leiden tot betere diagnostiek. Op dit moment werkt Marlies met collega's in nationaal en internationaal samenwerkingsverband bijvoorbeeld aan het valideren van de E-nose voor diagnostiek van een ILD. Ook het breed verspreiden van ILD-kennis buiten de longziekten aan bijvoorbeeld reumatologen en huisartsen draagt bij aan snellere verwijzingen naar longartsen. Zij benadrukt ook het belangrijke punt van kennisverspreiding gericht op beleidsmakers en subsidiegevers. Nog steeds gaat er relatief weinig onderzoeksgeld naar longziekten en helemaal naar zeldzame longziekten. De kennisagenda van de NVALT kan hierbij ook een rol spelen. Uiteindelijk gaat meer kennis bij verschillende doelgroepen hopelijk leiden tot betere herkenning en erkenning voor mensen met ILD.

Betere behandelingen

Ondanks bemoedigende vooruitgang het afgelopen decennium in de behandeling van longfibrose en van een aantal ultra zeldzame ziekten, ontbreekt voor de meeste interstitiële longziekten nog een goede en wetenschappelijk bewezen behandeling. Als we kijken naar de anti-inflammatoire thera-



Marlies Wijsenbeek-Lourens

pieën die we bij veel interstitiële longziekten geven ontbreekt wetenschappelijke onderbouwing voor de meeste van deze behandelingen. Marlies: “In Nederland doen we nu met elkaar een unieke studie waarbij we in een prospectieve gerandomiseerde studie methotrexaat en prednison vergelijken voor de eerstelijnsbehandeling van pulmonale sarcoïdose. Soortgelijke studies zouden ook voor veel andere inflammatoir gedreven ILDs gedaan moeten worden”.

In een recent artikel in de Lancet over ILD beschreef zij ook de uitdagingen die er nu spelen voor de verschillende vormen van longfibrose. Recente studies die aantoonde dat progressieve longfibrose gunstig reageert op anti-fibrotische behandeling -ongeacht de oorzaak van onderliggende interstitiële longziekte- tonen het belang aan van de behandeling van ziektemechanismen boven het behandelen van afzonderlijke klinische entiteiten. Meer inzichten in onderliggende ziektemechanismen en ziektegedrag zijn nodig om betere behandelingen op maat mogelijk te maken.

Thuismonitoring

In het onderzoek van Marlies staat de patiënt altijd centraal. “Zorg op maat gaat ook over iemands wensen, hoe iemand een behandeling ervaart, verdraagt en wat dit met de kwaliteit van leven doet. Tegenwoordig speelt ook de plaats waar deze behandeling plaats vindt steeds meer een rol.’ Al in onderzoek uit 2015 toonden Marlies en haar collega’s aan dat thuismonitoring voor mensen met longfibrose haalbaar was. Dit ging gepaard met grote patiënttevredenheid en een toename van het psychisch welzijn. Daarnaast waren er meer aanpassingen in medicatie wat tot meer maatwerk voor de individuele

patiënt zorgde en tot kostenbesparing leidde. Afgelopen maand verscheen er een nieuw artikel van haar groep in de Lancet Respiratory Medicine over thuismonitoring en de mogelijkheden en uitdagingen wereldwijd. Binnenkort start een landelijke implementatie studie voor thuismonitoring voor mensen met longfibrose binnen de centra van het ILD-netwerk en de ILD-sectie, ondersteund door ZonMw.

Thuismonitoring maakt niet alleen zorg op afstand mogelijk, maar schept ook de mogelijkheid om veel data verzamelen. Daarnaast faciliteert het ook over landsgrenzen heen de samenwerking op het vlak van zeldzame ziekten. Een voorbeeld hiervan is het I-file project (<https://i-file.app/>) dat door Marlies en haar groep wordt geleid, waar mensen met longfibrose thuis metingen doen en data verzamelen voor een internationaal register. Hierdoor kan meer inzicht verkregen worden in het longfunctiebeloop, behandelingen en de ervaringen van mensen met longfibrose. “Door gegevens van al deze verschillende patiënten te verzamelen, te combineren en te analyseren en deze te integreren met de in het ziekenhuis verzamelde gegevens zoals beeldvorming en bloedbiomarkers krijgen we beter inzicht in deze zeldzame ziekten. Uiteindelijk draagt dit hopelijk bij aan betere behandeling en zorg op maat voor mensen met een ILD”. “Zoals je ziet is de zorg en het onderzoek voor mensen met interstitiële longziekten een team-effort. Alleen door samenwerking kunnen we hier stappen vooruit maken.”

De oratie “Allen voor één, één voor allen” van prof. dr. Marlies Wijsenbeek vindt plaats op 24 maart.

Joris Veltman

Long zal ze leven!



115 jaar NVALT!

**In april 2023 zal de Longartsenweek
weer als vanouds georganiseerd worden
op 2 x 2 dagen!**

Maandag 17 en dinsdag 18 april

Woensdag 19 en donderdag 20 april

Kosten: Longartsen € 450, AIOS € 250,-

Locatie: Papendal, Papendallaan 9, 6816 VD Arnhem

115 jaar NVALT vieren we samen.

Alle NVALT leden zijn van harte welkom om te komen eten, bijpraten en dansen op het lustrumfeest ter ere van het 115-jarig bestaan van de NVALT.

Dinsdag 18 april 2023 - 18.00 tot 23.00 uur

Burgers Zoo te Arnhem

Kijk op de website voor het volledige programma!



Workshops:

Er zijn 3 workshops rondes waarbij telkens de keus is uit 4 verschillende workshops. U kunt er dus 3 kiezen en volgen:

- 1) Beeldvorming: lowdose CT en echo op de eerste hulp
- 2) Grensoverschrijdend gedrag; wat kan echt niet?
- 3) Roken, vaperen: wat kan je in de spreekkamer doen?
- 4) Palliatieve zorg: handvatten voor de organisatie van zorg bij ernstig COPD

ALV:

Op maandag 17 april om 17.30 uur zal de Algemene Ledenvergadering plaatsvinden waar u van harte voor bent uitgenodigd.

Facultatieve sportactiviteiten:

Op dinsdag en donderdag kan de dag vanaf 07.30 uur gestart worden met een sportactiviteit.

Onder begeleiding van een collega longarts of iemand van Papendal kunt u meedoen met een Yoga/Mindfulness sessie, een Boks clinic, Fietsen/Mountainbiken of een hardloop clinic Run for fun.

Diner op maandag en woensdagavond:

We vinden het fijn en gezellig om gezamenlijk te dineren op papendal op de maandag of de woensdagavond. Met eventuele dieëten wordt rekening gehouden.



Op onze website wordt over alle onderwerpen in deze uitnodiging meer uitleg gegeven. Zo vindt u informatie over de onderwerpen, de sprekers en verwijzingen naar literatuur. Ook meer informatie over de sportactiviteiten en natuurlijk over het Lustrumfeest. Aanmelden kan via de link op de website. U komt dan in het inschrijfformulier waar u voor alle bovengenoemde activiteiten kunt inschrijven, aan kunt melden of een keus kunt maken. Ga dus snel naar het inschrijfformulier.

Lustrumfeest! 115 Jaar NVALT!

Lustrumfeest!

Heeft u, net als wij, ook zin om te komen eten, bijpraten en dansen ter ere van het 115-jarig bestaan van de NVALT? We gaan er samen een mooie, gezellige avond van maken.



Wanneer en waar?

Dinsdag 18 april 2023 - 18.00 tot 23.00 uur
Burgers Zoo te Arnhem

Kosten:

We vragen u vriendelijk om een eigen bijdrage van €50,- voor longartsen en €40,- voor AIOS, Seniorleden, VS' en /PA's

Kijk voor meer informatie op de website van de NVALT.

Tot ziens bij de Longartsenweek in Arnhem!



Foto: Emile de Jong Photography

Studies, dilemma's en scholing op de NVALT-studiedag 2022

De NVALT studiedag op 15 december 2022 kon gelukkig weer live in Antropia gehouden worden, met ook mogelijkheid om online aan te sluiten. Opkomst en enthousiasme waren groot, met 100 mensen live en 50 online aanwezig, met veel interactie.

De ochtend werd afgetrapt door prof. Van den Heuvel, over de verdere professionalisering van de Stichting NVALT studies, en de samenwerking met W & I. De ondersteuning van de Stichting bij het opstarten en tijdens het lopen van een studie werd nog een keer samengevat. Belangrijk is dat de Stichting toetst of de studie adequaat is opgezet, en voldoet aan de wet- en regelgeving, pas hierna kan de Stichting de studie steunen. Als een studie is afgelopen, zijn er inmiddels vastgelegde processen voor archivering. De Stichting kan ook zorgen voor snelle verspreiding van de resultaten. Al met al is het voordeel voor deelnemende centra dat studies een duidelijke start en einde hebben, zonder open eindjes, met een passende begroting en heldere financiële geldstromen. Naar aanleiding van een recente ESMO publicatie (Perez-Gracia et al, Ann Oncol 2022), wordt gekeken of de huidige processen afgeslankt kunnen worden, en worden er normen en waarden vastgesteld. Als eerste stap is de missie versimpelt naar: Stichting NVALT studies bevordert de kwaliteit van, en kennis over klinisch onderzoek, met als doel om de zorg voor patiënten met een longgeneeskundige aandoening te verbeteren. Ook wordt de samenwerking tussen de Stichting en W&I verder geformaliseerd. Streven is om de samenwerking in Q1 2023 uitgewerkt te hebben. Plan is ook om uiteindelijk niet-oncologische studies te ondersteunen, het opzetten en beschikbaar maken van een database van Nederlandse ziekenhuizen wat er mogelijk is qua studies, en een vraagbaak- en onderwijsfunctie te zijn. Er wordt gekeken hoe de limiterende factoren (beperkte bezetting, personele capaciteit, financieringsmodel) aan te pakken. Hierna was ruim tijd met een levendige interactie om

meerdere NVALT studies met resultaten, lopende studies en studievoorstellen besproken.

Studies gesloten voor inclusie

De **NVALT22** is een fase 3 studie bij chemotherapie-naïeve stadium III/IV NSCLC patiënten met een KRAS mutatie, waarbij gerandomiseerd werd tussen carboplatin-paclitaxel-bevacizumab of cisplatin-pemetrexed. De uitkomst is dat er geen verschil is in de PFS, OS of response rate. Translationale analyses lopen nog, en het manuscript wordt geschreven.

Studies open voor inclusie

In de **NVALT25/ELDAPT** ([co]-PI Prof. Dingemans, dr. van Loon, prof. Janssen-Heijnen) wordt de optimale behandeling van de oudere patiënt (75+) met stadium III NSCLC onderzocht. Op dit moment is deel 1 nog open, waarbij er een geriatrisch assessment plaatsvindt na stadium III diagnose. Hierna wordt met vragenlijsten gekeken of de uitkomst van het assessment gecorreleerd kan worden aan overleving en kwaliteit van leven. Na een recent amendement is er een verkorte werkwijze, en alle onderzoekers worden aangemoedigd de resterende benodigde patiënten zo snel mogelijk te includeren, de inclusies zijn nu over de helft.

De **NVALT28/PRL01** ([co]-PI Prof. De Ruyscher, dr. Hendriks) is een fase III RCT waarbij patiënten met stadium III NSCLC, behandeld met concurrent chemoradiatie, zonder progressie na de chemoradiatie en met een indicatie voor adjuvant durvalumab worden geïncludeerd voor loting tussen durvalumab met of zonder lage-dosis PCI. Primaire eindpunt is cumulatieve incidentie hersenmetastasen na 2 jaar. Neurocognitie is een belangrijk secundair eindpunt. De inclusies gaan op dit moment langzaam, mogelijk doordat patiënten weinig tijd hebben om te herstellen van de chemoradiatie. Er wordt nu aan een amendement gewerkt om de tijd tot inclusie tot verlengen.

De **NVALT30** (Dedication-1, [co]-PI Prof. Van den Heuvel, dr. Ter Heine, dr Piet) is een fase III RCT waarbij patiënten met een gemetastaseerd NSCLC en een indicatie voor eerste lijn pembrolizumab worden geïncludeerd. Patiënten worden gerandomiseerd tussen standaard dosis of pembrolizumab met 25% dosisreductie. Primaire eindpunt is 1-jaars overleving, belangrijke secundaire eindpunten zijn overall survival en biomarkers voor response en toxiciteit. Relevant nieuws is het laatste NVMO advies (december 2022) ten aanzien van een lagere dosis pembrolizumab, waarbij de dosis van 200 mg per 6 weken bij gewicht < 65 kg niet meer voldoet aan de FDA criteria, met een spiegel die ongeveer 50% lager is dan bij de geregistreerde dosis. Deze dosis kan dus ook niet in de NVALT30. Grote voordeel van de NVALT30 is dat er nu prospectief bewijs verzameld wordt ook om responders en non-responders van elkaar te onderscheiden, wat op termijn waarschijnlijk een grotere kostenbesparing oplevert. Op dit moment zijn 28 centra open voor inclusie, en 200 patiënten geïncludeerd bij een benodigd aantal van 750. Aan alle centra complimenten voor het enthousiasme om te includeren, en streven is om dit zo vol te houden.

Nieuwe studies in opstart en nieuwe voorstellen

Dr Becker presenteerde de **NVALT31-PET** studie, waar recent een grote subsidie voor is gekregen. Het is bekend dat een groot deel van de patiënten met radicaal behandeld stadium III een recidief krijgt. De hypothese is, doordat er steeds betere lokale en systemische therapieën beschikbaar komen, dat vroegtijdige detectie van deze recidieven voor een betere overleving zorgt plus een betere kwaliteit van leven. Daarom wordt, na radicale behandeling voor stadium III NSCLC, gerandomiseerd tussen standaard CT-thorax of PET-CT follow-up. Primaire eindpunt is 3-jaars overleving. Plan is om in september 2023 te starten, in totaal zijn 688 patiënten nodig.

Dr. Hartemink presenteerde de **NVALT32/UPLAN-1** studie, ook voor stadium III NSCLC. De UPLAN-1 is een fase I multicenter studie waarbij de haalbaarheid van upfront resectie gevolgd door concurrente chemoradiatie (en durvalumab) wordt geëvalueerd bij groot volume of caverende stadium III tumoren wordt onderzocht. De studie is METC goedgekeurd en de sites zijn in opstart. Doel is om 20 patiënten te includeren.

Er zijn drie nieuwe studies waarbij nu subsidieaanvragen ingediend zijn. Dit zijn de IDENTIFYING (De Ruyscher, Hendriks, Traverso) met artificial intelligence om immuuntherapie geïnduceerde pneumonitis te differentiëren van andere pneumonitiden, ARTIMES (Burgers, Groot Lipman), ook een artificial intelligence project maar dan bij mesothelioom, en de DEDICATION-Adjuvant (vd Heuvel, ter Heine, Hartemink), om zes in plaats van 12 maanden adjuvante immunotherapie te geven.

Prof. Groen gaf een mooi overzicht over verleden, heden en toekomst van de longoncologie, waarbij duidelijk was dat we als longartsen trots kunnen zijn wat we aan onderzoek hebben gedaan de afgelopen jaren. Hij benadrukte dat er ook in de toekomst geïnvesteerd moet worden om nieuwe ontwikkelingen snel naar de patiënt te brengen. Als longartsen moeten we ons onderscheiden van andere

specialisten, en een landelijk netwerk opbouwen om versnipperde kennis en data onder te brengen. Voor al zijn inzet en werk werd hij geëerd doordat de NVALT studies onderzoeksprijs (zie apart stuk), zijn naam heeft gekregen.

In de middag werd onder leiding van Inge Diepman door dr. Cornelissen, dr. Theelen, dr. Smit, dr Hartemink, dr Frantzen en prof. De Ruyscher, plus de aanwezigen, gediscussieerd over actuele onderwerpen: inzet dure geneesmiddelen wanneer er geen OS data zijn die een duidelijk voordeel aantonen; keuze voor adjuvant of neoadjuvant immunotherapie bij resectabel stadium IIB-III NSCLC; neoadjuvante chemo-immunotherapie gevolgd door chirurgie, of chemoradiatie gevolgd door immunotherapie voor stadium III NSCLC; en of en hoe uitgebreid we moleculair onderzoek moeten doen bij niet gemetastaseerd NSCLC.

Tijdens de NVALT-studiedag was er ook aandacht voor scholing van ondersteunend personeel, met lezingen en workshops over opstarten van studies, gesprekstechnieken en tips om patiënten in studies te includeren, plus zinvolheid van kwaliteit van leven onderzoek.

Als afsluiting waren er voor de aanwezigen break-out sessies, om te discussiëren over een platform om nieuwe dure geneesmiddelen zo verantwoord mogelijk in te zetten, het opzetten van een regionaal multidisciplinair long onderzoekscentrum, de toekomst van artificial intelligence in onderzoek en de klinische praktijk en FAIR data. Ook was er de mogelijkheid om met vertegenwoordigers van het NVALT datacenter te praten. Gedurende de dag was er voldoende ruimte voor de aanwezigen om bij te praten en ideeën met elkaar te delen. Kortom, een zeer geslaagde dag met volop ideeën en motivatie om er weer een mooi onderzoeksjaar van te maken.

Plan is om de volgende studiedag december 2023 te houden, precieze datum volgt nog.

Astrid Keijser, NVALT-datacenter

Lizza Hendriks, secretaris stichting NVALT-studies

Michel van den Heuvel, voorzitter stichting NVALT-studies

Bonne Biesma, penningmeester stichting NVALT studies

Aanspreekpunten

NVALT22	Sophie Ernst (ErasmusMC) Anne-Marie Dingemans (ErasmusMC), Joop de Langen (NKI-AvL)
NVALT24 NVALT28	Anne-Marie Dingemans (ErasmusMC) Lizza Hendriks (MUMC+) Dirk de Ruyscher, (Maastr)
NVALT30/ Dedication-1	Michel van den Heuvel (Radboudumc) Rob ter Heine (Radboudumc) Berber Piet (Radboudumc)
NVALT31-PET	Annemarie Becker (AUMC) Iris Walraven (Radboudumc)
NVALT32/UPLAN-1	Koen Hartemink (NKI-AvL)

Studiedagen VvAwT, 12, 13 januari 2023

Op 12 en 13 januari 2023 vonden de jaarlijkse Studiedagen van de Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding (VvAwT) plaats. Nadat de afgelopen jaren de Studiedagen vanwege de coronamaatregelen digitaal waren kon eindelijk als voorheen, in het Fletcher Hotel te Amersfoort een fysieke bijeenkomst georganiseerd worden. De doelgroep van de dagen zijn longartsen, tbc-coördinatoren en artsen Maatschappij en Gezondheid die werkzaam zijn in de tuberculosebestrijding. Middels onderzoeks-, en literatuurupdates worden de ontwikkelingen van het afgelopen jaar gepresenteerd. Hoofthema's dit jaar waren; casuïstiek met verdieping, en ontwikkelingen in behandeling van tuberculose.

De eerste dag was grotendeels gewijd aan casuïstiek en verdieping. De eerste casuspresentatie werd gepresenteerd door Yvette de Reus (longarts UMCG). Het was een casus van een ernstige longtuberculose met respiratoire insufficiëntie, waarbij diverse aan de tuberculose en/of behandeling gerelateerde complicaties optraden, zoals acute nierinsufficiëntie en pneumothorax. De verdieping betrof het vóórkomen en oorzaken van deze bij tuberculose (behandeling) voorkomende complicaties. De volgende casuspresentatie was van Onno Akkerman (longarts UMCG). Het betrof een geval van post-

transplantatie longtuberculose waarbij de vraag was of de tuberculose vanuit het transplantaat c.q. de donor was ontstaan of toch vanuit de ontvanger zelf. De verdieping bestond uit deze uit de argumenten die pleiten voor of tegen tuberculose uit het transplantaat en de gang van zaken rond pretransplantatie screening op tuberculose (infectie) van donor en/of ontvanger. Een derde casus werd gepresenteerd door Wouter Hoefsloot (longarts UMCG). Het was een casus van XDR-tuberculose waarbij aanvankelijk de bacterie normaal gevoelig leek, maar naderhand toch sprake was van resistentie. Een en ander was het gevolg van een dubbelinfectie met een gevoelige en een resistente stam. De verdieping werd gegeven door de microbiologische kanten van de genotypische resistentiebepaling toe te lichten.

De eerste studiedag werd besloten met een voordracht van Yvette de Reus, over de behandelresultaten van tuberculeuze meningitis over de laatste 10 jaar in Nederlandse sanatoria en factoren die op het uiteindelijke behandelresultaat van invloed zijn. De dag werd afgesloten met de borrel en aansluitend het diner.

De volgende dag begon met een voordracht van Dr. M. Gidado (directeur van KNCV Tuberculosefonds), met een update over de data van 2022 en de verwezenlijking van de eliminatiedoelen





van tuberculose van de WHO. Met name in ontwikkelingslanden is er tot 2022 een afname van tuberculose, maar vanaf 2020 is er, door de COVID-pandemie en toewijzing van middelen aan COVID-bestrijding, een achterstand in het bereiken van de doelen van eliminatie ontstaan. Nieuwe WHO richtlijnen zijn er waarin de verkorte profylaxe met 1 maand INH met rifapentine wordt aanbevolen. In Europa is rifapentine nog niet geregistreerd en de verkorte profylaxe nog niet mogelijk. Internationaal is er verder progressie geboekt met de verkorte behandeling van MDR-tb met bedaquiline bevattende behandelingen. De volgende presentatie was van, Andrii Slyzkyi (laboratory advisor KNCV). Zijn onderwerp betrof de TB situatie in Oekraïne. Agnes Gebhard (Technical Director, KNCV), presenteerde hierna de aanbevelingen van de WHO ten aanzien van de verkorte behandeling van tuberculose bij kinderen. Nieuw is dat kinderen met 'non-severe' en 'non-cavitary' tuberculose voortaan met een vier maanden regime behandeld kunnen worden, mits de bacterie gevoelig is. Ook is er nu een officieel behandeladvies om MDR-TBI te behandelen, namelijk met 6 maanden levofloxacin. Hierna presenteerde Simon Tiberi, (Global Health Physician, UMCG) de resultaten van een internationale studie in Latijns-Amerika, Europa en Azië naar de uitkomsten van tuberculosebehandeling op de intensive care. Belangrijke resultaten zijn dat een lagere Charlson score (<3) en intraveneuze therapie (>12 dagen) geassocieerd zijn met positieve behandelresultaten.

Na de lunch hervatten we de studiedag met een aantal interessante presentaties. Ten eerste presenteerde Onno Akkerman de resultaten van een studie waarbij therapietrouw gemonitord wordt met digitale technieken. De resultaten zijn veelbelovend en deze technieken kunnen een welkome aanvulling of vervanging zijn op 'oudere' begeleidingsinstrumenten zoals DOTS. De volgende presentatie was van Ioana Margineanu (arts en PhD student UMCG) over Therapeutic Drug Monitoring (TDM) in Roemenië en Oekraïne. In deze landen worden tuberculosepatiënten gehospitaliseerd tot de kweek negatief wordt. Drugresistente tuberculose is in deze landen frequent

voorkomend (32,6% in Oekraïne 5,8 % in Roemenië). TDM blijkt op de behandeluitkomst doorgaans geen positief effect te hebben. Connie Erkens (KNCV), presenteerde vervolgens de resultaten van onderzoek op data uit onze Nederlandse tuberculoseregistratie naar recidief tuberculose na behandeling in Nederland. De kans op re-activatie blijkt in Nederland ongeveer 1%. Niet alleen bij patiënten die de behandeling afbreken, maar ook bij hen die de behandeling voltooien is de kans op re-activatie verhoogd. Gedurende de eerste vijf jaar na behandeling zijn tbc-patiënten een risicogroep voor tuberculose. Patiënten met extra-pulmonale tuberculose hadden een lagere kans op recidief, ook wanneer zij de behandeling niet voltooiden. Mogelijk opent dit de weg naar kortere behandelingstrajecten bij extra-pulmonale tuberculose.

Hierna was het woord aan Prof. G.B. Migliori, (GTN Global Tuberculosis Network). Hij presenteerde over wat uit internationale studies bekend is over COVID19 met tuberculose. Een al bestaande tuberculose gecompliceerd door een COVID lijdt tot een verhoogde mortaliteit (OR 2,17) aan COVID en een kleinere kans op herstel van de COVID (25%). Omgekeerd lijkt COVID de behandeluitkomst van tuberculosebehandeling niet te beïnvloeden. Evenmin zijn er aanwijzingen dat COVID de kans op progressie van tuberculose-infectie naar tuberculose vergroot. De laatste voordracht was van Rachel Powers (digital health advisor, KNCV) en Volodomyr Kachanov (digital health expert PATH (remotely) over de resultaten van toepassing van digitale technieken voor de behandeling van tuberculose in Oekraïne. Ruim 15.000 patiënten zijn daar inmiddels met hulpmiddelen als 'smart pill box' en 'video-assisted therapy' behandeld. De resultaten zijn met 80-89% voltooide behandeling beter dan traditionele behandeling met medicijnen in eigen beheer.

Om 16.10 uur werd de studiedag afgesloten door Sophie Toumanian (voorzitter VvAWT). Hopelijk volgend jaar wederom een fysieke bijeenkomst in het Fletcher Hotel in Amersfoort.

Peter Kouw

Real-world evaluation of severe asthma threatment, before and during the COVID-19 pandemic

Samenvatting proefschrift Katrien Eger

Universiteit van Amsterdam, 11 mei 2022

Promotor: prof. dr. E.H.D. Bel

Copromotoren: dr. S. Hashimoto, M. Amelink

Real-world studies vinden plaats in de dagelijkse praktijk. In tegenstelling tot de strikt gecontroleerde setting en sterk geselecteerde, homogene patiënten populaties bij traditionele klinische studies, is de setting bij real-world studies dan ook divers en zijn de patiënten populaties heterogeen. Op deze manier zijn real-world studies en traditionele klinische studies complementair aan elkaar. In dit proefschrift zijn een aantal relevante vraagstukken omtrent de real-world behandeling van ernstig astma onderzocht, zowel in de periode 'voor' als 'tijdens' de COVID-19 pandemie.

Voor de COVID-19 pandemie

Een van de hoofdstukken uit het eerste deel van het proefschrift behelst overmatig prednisongebruik bij astma patiënten. Uit een omvangrijke apothekersdatabase, aangevuld met klinische data, bleek dat gebruik van hoge doseringen prednison voorkwam in 30% van de astma patiënten op hoge dosis inhalatiesteroïden. Van deze patiënten bleek in 78% van de gevallen ofwel sprake van therapieontrouw ofwel inadequaat gebruik van inhalatiemedicatie. Dit impliceert het belang van een grondige beoordeling van de therapietrouw en inhalatietechniek, alvorens step-up naar dure astma biologicals wordt overwogen. De volgende studie van de thesis beschrijft de lange termijn response op de astma biologicals gericht tegen het interleukine (IL)-5 pathway (mepolizumab, reslizumab, benralizumab). Data werden o.a. verkregen uit de Nederlandse ernstig astma database (RAPSODI). Met een uitgebreide response definitie bleek na 2 jaar behandeling ca. 15% van de patiënten een complete response te hebben. In vrijwel 70% van de patiënten was echter sprake van residuele ziektemanifestaties, waarvan een verlaagde FEV1, ongecontroleerde sino-nasale ziekte en een hoge ACQ het meest frequent voorkwamen. Een incomplete response was ook de meest gerapporteerde reden voor de frequent geobserveerde switches tussen anti-IL-5 biologicals. Residuele ziektemanifestaties zouden veel verschillende mogelijke oorzaken kunnen hebben, zoals remodeling van luchtwegen, onder-dosering bij ernstige inflammatie, ongunstige farmacokinetiek, of activatie van multiële inflammatoire pathways. In dit laatste geval zouden de nieuwe 'upstream' biologicals, die hogerop in de ontstekingscascade aangrijpen, mogelijk een oplossing kunnen bieden. De veiligheid van switchen tussen biologicals kwam in het volgende hoofdstuk aan de orde. Hierin werd een case series beschreven van patiënten die switchten van een anti-IL-5 biological naar dupilumab en vervolgens ernstige eosinofiele complicaties ontwikkelden, waaronder eosinofiele pneumonie en trombo-embolische events. Alertheid op eosinofiele complicaties in patiënten die een dergelijke switch maken, lijkt dan ook aangewezen.



Tijdens de COVID-19 pandemie

Door de COVID-19 pandemie werden nieuwe vraagstukken rondom de real-world behandeling van ernstig astma relevant, waaronder de risico's op SARS-CoV-2 infectie en ernstig COVID-19 bij (ernstig) astma patiënten. In een review en editorial werden de meest recente inzichten omtrent dit onderwerp besproken. Alhoewel beschikbare data sterk varieerde in de loop van de tijd, lieten de meest recente, grootschalige, observationele studies echter een licht verhoogd risico zien op ernstig verloop van COVID-19 in astma patiënten, en een verhoogd risico op mortaliteit in patiënten met ernstig astma. Daarnaast was de vraag in hoeverre behandeling met astma biologicals het beloop van COVID-19 beïnvloedt. Om deze reden onderzochten we de incidentie van (ernstig) COVID-19 in patiënten op biologicals in RAPSODI, en vergeleken deze met de Nederlands populatie. De incidentie van COVID-19 was relatief hoog in deze RAPSODI patiënten evenals de incidentie van intubatie vanwege ernstig COVID-19 en COVID-19 gerelateerde mortaliteit. Meerdere andere register-gebaseerde studies toonden echter geen verhoogd risico op ernstig COVID-19 in hun populatie behandeld met astma biologicals, wat een rol voor de biologicals in de ernstige ziekteprogressie bij de patiënten in RAPSODI minder waarschijnlijk maakte. Tot slot onderzochten we de impact van de COVID-19 pandemie op de ernstig astma zorg vanuit het arts- en patiënt perspectief. Door middel van vragenlijsten ingevuld door meer dan 1000 patiënten en ruim 260 ernstig astma experts uit 16 verschillende Europese landen, werd duidelijk dat aanpassingen in de ernstig astma zorg gedurende de pandemie zeer frequent voorkwamen. Een switch naar video/bel consulten en thuistoediening van biologicals werden frequent gerapporteerd, met behoud van patiënt tevredenheid en lage impact op patiënt-gerapporteerde astma controle. Veel artsen verwachten dat deze aanpassingen in de toekomst zullen worden gecontinueerd, implicerend dat de COVID-19 pandemie de ernstig astma zorg mogelijk voorgoed heeft veranderd.

Concluderend, illustreert dit proefschrift dat real-world studies kunnen bijdragen aan een breed scala aan onderzoeksvragen. Met name de ernstig astma registers, en de internationale samenwerking tussen deze registers, vormen een veelbelovende bron voor het vergroten van de real-world evidence over ernstig astma behandeling.

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

Immunopathology of Community-Acquired Pneumonia

Samenvatting proefschrift Xanthe Brands

Universiteit van Amsterdam, 20 mei 2022

Promotor: prof. dr. T. van der Poll

Copromotor: dr. B.P. Scicluna



In 2019 werden er wereldwijd 489 miljoen mensen gediagnosticeerd met een pneumonie, met name ouderen (>70 jaar) en kinderen (<5 jaar) lopen een groot risico. Pneumonieën zijn hiermee een belangrijke oorzaak van ziekenhuis opnames, morbiditeit en mortaliteit. Het afweersysteem zorgt, door middel lokale afweer van epitheel en myeloïde cellen alsook de pro- en anti-inflammatoire systemische afweer, voor een adequate immuunreactie om zo

het pathogeen die de pneumonie veroorzaakt te klaren. Wanneer het afweersysteem de infectie niet klaart, hetzij er niet tijdig wordt gestart met adequate empirische therapie kan dit leiden tot groei van de pathogenen en een invasieve infectie, waarbij de ontstekingsreactie van de gastheer dysfunctioneel reageert met schade aan het eigen lichaam en multi-organafalen, een syndroom dat sepsis wordt genoemd. Ongeveer 36% van de patiënten met Community-acquired pneumonia (CAP) ontwikkelen sepsis wat gepaard gaat met hoge mortaliteit. De studies beschreven in dit proefschrift laten gedetailleerd verschillende mechanismes zien van het aangeboren afweer systeem tijdens CAP en sepsis door CAP in combinatie met klinische en microbiologische uitkomsten.

Biomarkers (moleculen, genen of producten van (patho) fysiologische processen) kunnen inzicht geven in ziekteactiviteit maar ook klinici begeleiden in het maken van een medische beslissing. In dit proefschrift kijken we naar ferritine als potentieel nieuwe biomarker voor CAP. Hoge plasma ferritine waarden worden onder andere gezien bij macrofaag activatie syndroom (MAS). MAS is een ernstige, mogelijk levensbedreigende complicatie, die wordt gekarakteriseerd door een cytokinen storm en orgaan falen door een hyperactivatie van macrofagen en een belangrijk bron van hoge serum ferritine levels. In dit proefschrift beschrijven we dat, onder kritisch zieke CAP patiënten bij opname, 9.8% bleek te lijden aan macrofaag activatie like syndroom (MALS; plasma ferritine ≥ 4420 ng/ml) met tegelijkertijd meerdere veranderingen in systemische anti- en pro-inflammatoire respons en hogere intensive care mortaliteit. Daarnaast bleek plasma ferritine, vanaf 250 ng/ml, als biologische marker in CAP patiënten die niet op de intensive care waren opgenomen, gepaard te gaan met meerdere afwijkingen in gastheer response.

Gedurende CAP of sepsis door CAP faalt het immuunsysteem om een balans te houden tussen de verschillende fases van afweerreactie wat uiteindelijk kan leiden tot immuunsuppressie,



een hyporesponse van immuuncellen wat zich onder andere uit in een verminderende productie van cytokinen. Een term die veel wordt gebruikt is endotoxine tolerantie waarbij immuun cellen na blootstelling van lipopolysaccharide (LPS), een bacterieel product, in een refractaire staat komen. Bij sepsis patiënten is er veel onderzoek gedaan naar deze fases en de huidige theorie is dat deze fases tegelijk kunnen voorkomen. Bij CAP patiënten is dit minder goed onderzocht. In dit proefschrift laten we zien dat immuuncellen van CAP patiënten immuunparalyse tonen met tegelijkertijd optredend systemische hyperinflammatie en onder sepsis patiënten is er in oplopende mate van immuunsuppressie toename te zien van hyperactivatie van het afweersysteem.

Onze kennis van epigenetische processen speelt een belangrijke rol in het uitbreiden van de fundamentele kennis van het ontstaan van ziekte en ziekteprocessen, wat de laatste jaren meer aandacht krijgt. De snelle ontwikkelingen op het gebied van genomics en bioinformatica hebben ervoor gezorgd dat onderzoek mogelijk is naar epigenetische veranderingen; omkeerbare chemische wijziging waardoor de toegankelijkheid van het DNA, voor transcriptiefactoren en andere eiwitten die betrokken zijn bij de transcriptie van genen, verandert zonder dat de genetische code wordt aantast. DNA methylering is een epigenetisch mechanisme en omvangt de hechting van een methylgroep aan de base cytosine in het DNA met als resultaat dat dit gemethyleerde stuk DNA minder toegankelijk wordt voor transcriptie van genen. Dit vindt met name plaats in te context van cytosine-fosfaat-guanine (CpG) dinucleotiden. In het laatste onderdeel van dit proefschrift bekijken we de mate van DNA methylatie van monocytin in CAP patiënten en via multiomics model, techniek veel gebruikt in het veld van bioinformatica, naar de correlatie van immuunsuppressie, gen-expressie en DNA methylering. Monocytin van CAP patiënten tonen immuunparalyse en is er een correlatie gevonden door integratie van 3 biologische mechanisme tussen immuunsuppressie, DNA methylering en genen in de cholesterol biosynthese.

Door multidisciplinaire aanpak hebben de klinische studies in dit proefschrift bijgedragen aan pathofysiologisch inzicht en potentiële biomarkers voor CAP hetgeen zou kunnen bijdragen aan de ontwikkelingen van aanvullende onderzoeken en gerichte behandelopties.

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

Masterclass Tuberculose

Vrijdag 9 december begon met een wonderlijke treinreis naar het mooie Groningen. Vandaag waren we op bezoek bij het Beatrixoord in Haren. De treinreis bleek een voorproefje van een mooie dag; we zien de opkomende zon en de rijp op de weilanden. In het UMCG/Beatrixoord zijn we voor de eerste Masterclass Tuberculose. Een goed georganiseerde dag, waarop we veel kennis hebben vergaard die verder gaat dan de basics van het cursorisch onderwijs en goed de dilemma's van de dagelijkse praktijk aanstipt. Het onderwijs werd gegeven door de nationale consulenten klinische tuberculose en een afvaardiging van de GGD tuberculosebestrijding. Er was veel ruimte voor de inbreng van eigen casuïstiek en vanwege de kleine groep was er veel ruimte om met elkaar

in discussie te gaan. Behoudens het inhoudelijk programma werden we ook getrakteerd op een goed gevulde Groningse lunch en op een uitgebreide rondleiding op de tuberculose afdeling.

De Masterclass wordt georganiseerd als verdieping op het reguliere cursorisch onderwijs. Vrijdag 9 december was de aftrap met de eerste Masterclass Tuberculose. Volgens ons een zeer geslaagd concept wat meer dan voldoet aan de wensen van de AIOS! We hopen dat er nog vele mooie Masterclass initiatieven mogen volgen!

Marjolein Schimmel en Laurien Keulers



A photograph of two people, a woman and a man, standing on a stage. The woman on the left is smiling and holding a large white certificate with a blue border. The certificate has the text 'Stichting NVALT studies Groen prijs 2022' and '€ 5.000,-' written on it. The man on the right is also smiling and holding a large bouquet of flowers wrapped in white paper. They are both wearing lanyards.

Eerste Harry Groen Onderzoeksprijs voor Julianne de Ruiter

De Stichting NVALT studies heeft als doelstelling het ondersteunen van longgeneeskundestudies in de breedste zin des woords. Om jonge onderzoekers te enthousiasmeren heeft het zeer recent een onderzoeksprijs ingesteld. De naam van Harry Groen, één van de grondleggers van de Stichting NVALT studies en initiator van vele oncologische studies, werd aan deze prijs verbonden.

De jury, bestaande uit de leden van het bestuur van de Stichting, had de moeilijke opdracht om een keuze te maken uit meerdere inzendingen die allemaal van kwalitatief zeer goed niveau bleken te zijn.

Op de druk bezochte NVALT studiedag op 15 december (waarover elders in deze PulmoScript meer) werd de naam van de winnaar bekend gemaakt. Julianne de Ruiter kreeg de prijs, waaraan een geldbedrag van € 5.000,- is verbonden, uitgereikt door Lizza Hendriks, uiteraard in aanwezigheid van Harry Groen. Julianne is sinds 2018 betrokken bij de studies met betrekking tot de behandeling van het stadium I NSCLC en heeft op dit gebied inmiddels vijf papers gepubliceerd (waarvan vier als eerste auteur). Deze bijzondere prestatie krijgt nog meer glans omdat ze dit parallel deed aan haar opleiding Geneeskunde. Julianne wordt begeleid door Koen Hartemink (Chirurg NKI-AVL), promotor is Egbert Smit (LUMC).

Zoals wij allemaal dagelijks ervaren bestaat er nog veel onduidelijkheid over de optimale behandeling van stadium I NSCLC. Volgens nationale en internationale richtlijnen heeft bij operabele patiënten een minimaal-invasieve lobectomie de voorkeur. Bij niet-operabele patiënten wordt stereotactische radiotherapie (SBRT of SABR) aanbevolen. Wegens de goede resultaten die met SBRT in deze patiëntengroep behaald zijn, wordt tegenwoordig deze behandeling ook bij operabele patiënten in toenemende mate toegepast. Een goede wetenschappelijke onderbouwing voor deze keuze ontbreekt echter. Gerandomiseerde studies werden vroegtijdig beëindigd in verband met een te trage inclusie.

In een eerste studie in 12 ziekenhuizen werd middels retrospectieve dataverzameling en propensity score-gewogen analyses een vergelijking gemaakt tussen de behandelresultaten, echter er was onvoldoende statistische power om tot een definitieve conclusie te komen. Als vervolg hierop is de KWF gesponsorde ESLUNG studie gestart in 38 centra. In deze

studie zijn 2.183 patiënten in grotendeels Nederlandse centra geïncludeerd. Dit aantal geeft voldoende power om een verschil tussen de twee behandelingen aan te kunnen tonen indien dit daadwerkelijk aanwezig is. Eindpunten zijn naast totale (OS), progressievrije (PFS) en longkanker-specifieke vijfjaarsmortaliteit (LCSM). Verder wordt er gekeken naar verschillen tussen specifieke patiëntengroepen (o.a. met verschillende maten van co-morbiditeit, longfuncties en tumorgrootten).

Julianne presenteerde een belangrijk deel van de data. In totaal 2.183 patiënten waren evalueerbaar voor OS, 1.803 voor PFS en LCSM.

Mediane follow-up voor chirurgie (allen lobectomie) en SBRT was 72 en 71 maanden, respectievelijk. Aangetoonde maligniteit voor start behandeling was 57 en 50%, respectievelijk. Dertig dagen mortaliteit was 1% en 0.2%.

Ongecorrigeerd was de 5-jaars progressievrije overleving 58% na lobectomie en 25% na SBRT. De 5-jaars totale overleving was respectievelijk 70% en 40% na SBRT. In de SBRT-groep bleek er na 5 jaar significant vaker een recidief op te treden, zowel regionaal als op afstand. Het aantal lokale recidieven was gelijk. De 5-jaars LCSM was na lobectomie 17% en na SBRT 24%. Het verschil in OS en PFS is grotendeels te verklaren door prognostische ongelijkheid at baseline (confounding). Hiervoor werd gecorrigeerd middels een propensity score-analyse.

Na het toepassen van deze analyse bleek dat bij primair operabele patiënten de PFS significant beter is na lobectomie. Er werd geen statisch significant verschil in OS aangetoond tussen beide behandelmodaliteiten. Mogelijk dat laatstgenoemde het gevolg is van (adequate) behandeling van een recidief.

De belangrijkste conclusie van de ESLUNG studie is dat een lobectomie zorgt voor een betere oncologische controle dan SBRT in primair operabele patiënten. Het advies van de onderzoekers is om de impact van behandeling van een recidief te onderzoeken, evenals de invloed hiervan op de totale overleving en om in toekomstige aanpassingen van de richtlijn specifieke patiënt- en tumorkenmerken in de besluitvorming tussen lobectomie en SBRT mee te nemen.

Wij wensen Julianne veel succes bij het voltooien en verdedigen van haar proefschrift en haar verdere carrière in de oncologie.

Bonne Biesma

Wat doet de sectieredacteur Longziekten en wie helpt hem?



Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG) zorgt sinds 1857 voor de verspreiding van medische kennis onder Nederlandse medisch specialisten, huisartsen en andere artsen. Het is een algemeen medisch wetenschappelijk tijdschrift, waarbij artikelen vóór publicatie door ter zake deskundige specialisten beoordeeld worden op juistheid en kwaliteit ('peer review').

Het NTvG publiceert allerlei soorten artikelen. Een Perspectief geeft de lezer informatie en stof tot nadenken over onderwerpen op het gebied van bijvoorbeeld geneeskunde en samenleving, recht, organisatie van zorg, kunst en ethiek. Een Klinische les is een patiëntendemonstratie op papier, terwijl een Casuïstiek veel meer een kale beschrijving van een bijzonder ziektegeval is. De populaire rubriek Diagnose in beeld betreft zeer korte casuïstieken, waarbij het vooral draait om het beeld en de originaliteit. Een Stand van zaken tenslotte, is een didactisch opgezet overzichtsartikel over bijvoorbeeld een aandoening, probleem, behandeling of diagnostische mogelijkheid.

De redactie van het NTvG bestaat uit een hoofdredactie en een onbezoldigde redactieraad met vertegenwoordigers uit elk van de 35 medische specialismen. Sinds 2 jaar ben ik binnen de redactieraad verantwoordelijk voor de sectie Longziekten. Ik werd voor deze functie benaderd door de hoofdredactie vanwege het uitvallen van de longarts die op dat moment sectieredacteur was. Als sectieredacteur organiseer ik de 'peer-review' van artikelen in het vakgebied Longziekten en draag ik onderwerpen aan voor artikelen op het gebied van Longziekten. Ook informeer ik de hoofdredactie over nieuwe ontwikkelingen binnen het vakgebied Longziekten die van algemeen belang zijn, denk ik mee over het verder ontwikkelen van het tijdschrift en fungeer ik als 'ambassadeur' van het NTvG.

Ik heb veel plezier in de uitvoering van mijn functie en ben verheugd over mijn lidmaatschap van de Vereniging NTvG. De ingestuurde manuscripten zijn doorgaans boeiend, van goede kwaliteit en leerzaam. Ik voel mij verantwoordelijk voor een snelle en zorgvuldige afhandeling van de ingezonden manuscripten. Het is informatief om te lezen hoe andere collega's de ingezonden stukken beoordelen en van commentaren voorzien. Het is uitdagend om met

tegengestelde opinies en belangen om te gaan, zoals tussen reviewers of tussen NTvG en auteurs. De hoofdredactie staat zeer open voor mijn suggesties voor artikelen op het gebied van Longziekten.

Het onafhankelijk reviewen van ingezonden manuscripten is een verantwoordelijke taak die doorgaans wordt uitgevoerd door Nederlandse collega longartsen (in opleiding) en/of onderzoekers. Om afhankelijkheid te garanderen, worden de auteurs niet geïnformeerd over wie de reviewers waren. Vanwege de Nederlandse taal en het feit dat ik uiteraard niet alle geschikte en geïnteresseerde reviewers ken, is het bestand van beschikbare reviewers niet heel groot. Het is dan ook vaak moeilijk om reviewers te vinden voor de ingezonden manuscripten. Bij deze wil ik dan ook collega's met interesse in het reviewen van manuscripten op het gebied van Longziekten hartelijk uitnodigen om zich bij mij aan te melden onder vermelding van hun expertise- of interessegebied. Ik denk dat het beoordelen van manuscripten een interessante en dankbare aanvulling op het dagelijkse werk is. Je wordt als reviewer uitgedaagd tot verdere verdieping in het onderwerp, leert een wetenschappelijk oordeel te vormen en dit scherp te verwoorden. Hiermee draag je indirect bij aan het verspreiden van medische en wetenschappelijke kennis op het gebied van ons geliefde vakgebied.

Heb je interesse om af en toe een manuscript voor het NTvG te beoordelen, of heb je nog vragen daarover, neem dan even contact met me op via fritsfranssen@ciro-horn.nl

Frits Franssen





Vincent van Gogh 'Kop van een skelet met brandende sigaret'



Rein Dool 'het collegebestuur in vergadering'

Kunst en de longarts – is een rokertje op een schilderij nog wel van deze tijd?

Enkele weken geleden bezocht ik het van Gogh museum voor de expositie 'The golden boy' waar het werk van de Oostenrijkse symbolist Gustav Klimt te zien was. Maar naast het werk van van Goghs tijdsgenoot was er ook veel werk van de meester zelf te zien. Eén van deze werken is 'kop van een skelet met brandende sigaret' uit 1886 die een vrij prominente functie vervult in het museum. Het betreft een klein werk, net iets groter dan een A4tje. Het schilderij is dik opgezet en toont een merkwaardig beeld van een skelet met een brandende sigaret tussen de voortanden geklemd. Vincent maakte het schilderij tijdens zijn periode aan de kunstacademie in Antwerpen. Meest waarschijnlijk betreft het geen directe opdracht, maar als studentengrap in zijn vrije tijd. Wat het werk leuk maakt is dat het een andere kant belicht van de kunstenaar. Het laat zien dat van Gogh wel degelijk zijn schildertechnieken goed beheerste en niet volledig autodidact was zoals vaak beweerd wordt. Naast zijn lessen van zijn oom, de bekende Haagse school schilder, Anton Mauve, heeft hij ook een periode lessen gevolgd aan de academie in Antwerpen. Waarschijnlijk heeft hij daar een goede tijd gehad, waarin hij de ruimte vond om als bewijs van grap een vanitas schilderij als deze te maken. Maar een grap bleef het niet. Het werk wordt al sinds 1910 geregeld tentoon gesteld en is de hele wereld over gegaan. Van Kyoto naar Tokyo, naar Washington en Los Angeles, maar sinds 2003 voornamelijk in Amsterdam.

Ondanks dat het niet van Goghs bekendste werk is, is het bij de bezoekers van het museum toch één van de populairste. 'Kop van een skelet met brandende sigaret' is het meest gefotografeerde werk door bezoekers in het museum. Daarbij heeft het ook een zeer uitgebreide merchandise lijn in de museumwinkel. Voor 29,95 koop je een T-shirt met de kop, 16,95 voor een petje en voor 11,95 heb je ook nog een koffiemok. Voor wie daar nog niet genoeg aan heeft; wanneer je het schilderij googelt vind je al snel vele webwinkels die posters, tassen, telefoonhoesjes en zelfs oorbellen met de schedel aanbieden.

Anders verging het dit jaar met het schilderij van Rein Dool in het Leidsche academie gebouw. Hierop werden de rokende witte mannen juist als heel aanstootgevend ervaren. Het schilderij toont het collegebestuur in vergadering in 1974 en daar werd natuurlijk een sigaretje bij gerookt. Het werk bevond zich in één van de vergaderruimtes van het academiegebouw maar werd met een kort betoog in één van de vergaderingen uit de ruimte gebannen en direct van de muur gehaald. De ophef kent twee redenen. De voorstanders van de verwijdering vonden het schilderij te dominant in een kleine vergaderruimte. Volgens de woordvoerder van de academie keken de mannen haast over je schouder mee tijdens de meeting. Ook het feit dat het witte mannen zijn die hun dominantie tonen en daar nog bij roken ook, is volgens velen niet meer van deze tijd. De tegenstanders van de verwijdering komen hier dan ook tegen in verzet. Het schilderij geeft met name een tijdsbeeld en men vreest een 'moderne beeldenstorm'. Oude bewindsvoerders die van hun sokkels getrokken worden vanwege hun relatie met het slavernij verleden of soms zelfs al omdat het witte mannen zijn in een dominantie rol; het kent geen plek meer in de huidige tijd. Wat de kwestie in dit geval nog meer beladen maakte is het feit dat een van de mannen de vader van Job Cohen, Dolf Cohen, is. Een overlevende van Nazi-Duitsland die nu zonder pardon van de muur getrokken wordt, omdat hij tussen zijn rokende collega's werd afgebeeld (Dolf Cohen was zelf geen roker). De ophef en verontwaardiging was groot. De Leidse universiteit heeft hierop een commissie ingesteld die zich buigt over de toekomst van het schilderij.

Maar welke keuze er ook gemaakt zal worden, de discussie zal daardoor niet beslecht worden.

Tip voor de lezer: Meer werk van Rein Dool is momenteel te zien in de expositie "Rein Dool Tekenaar" in het Dordrechts museum. De expositie loopt tot 21 Mei.

Joris Veltman

Mindful leiderschap NVALT

Wat een opmerkelijke combinatie, longarts en mindfulnesstrainer, krijg ik regelmatig te horen. Als longarts in het Radboudumc houd ik me vooral bezig met het behandelen en begeleiden van patiënten met longkanker. Een intensief maar prachtig vak. Het vraagt naast deskundigheid en tijd, veel energie, compassie en vaardigheden in communicatie. Dat is niet altijd even gemakkelijk. Ik heb ontdekt hoe belangrijk het is om werk en leven in balans te houden en energiek te blijven. Om niet alleen voor patiënten te zorgen, maar ook voor mijzelf. Dat laatste is voor dokters niet altijd vanzelfsprekend. Wij werken immers in een omgeving waarbij het belang van de patiënt altijd voorop staat. In een cultuur en maatschappij die gericht is op presteren, doelen halen en iets bereiken. Dat heeft goede kanten, want het brengt ons verder: we halen subsidies binnen en publiceren wetenschappelijk onderzoek, zijn innovatief en verbeteren kwaliteit van zorg waardoor we patiënten veel te bieden hebben.

Er zijn echter ook grenzen aan wat we kunnen bereiken. Zoals David Allen zei: "you can do anything, but not everything". We hebben allemaal te maken met veel administratie, kwaliteitsborging en hoge werkdruk. Tel daar de impact van ernstig zieke patiënten of oncologische zorg bij op en je hebt factoren die bijdragen aan overbelasting en emotionele uitputting of burn-out. Dat staat haaks op met plezier en energie aan het werk zijn.

Jaren geleden las ik over mindfulness en was ik geraakt door het aandacht geven voor het moment, het mogen zijn en niet oordelen. Voor mij is dat een wijzer, compassievoller alternatief op de werkende cultuur van hoger, beter, en meer. Ruim 10 jaar geleden heb ik de postacademische opleiding tot mindfulnesstrainer voltooid bij het Radboud Universitair Medisch Centrum voor Mindfulness. Vanuit mijn bedrijf *Minddrift* geef ik nu trainingen en workshops in mindful leiderschap, mindful werken en mindful coaching. De trainingen en workshops die ik geef hebben als doel te werken vanuit je eigen kracht en te bereiken dat je energiek en in balans blijft. Bij mindfulness wordt het lichaam met de geest verbonden, de aandacht met de ademhaling. Een logische combinatie voor een longarts, immers specialist in de ademhaling! Het combineren van mijn werk als arts en mindfulnesstrainer helpt mij om zowel met het hoofd als het hart te werken, met zachtheid en compassie.

Mindful leiderschap

Reflecteer je wel eens over wat je doet in je werk en je leven? Doe je goede dingen, of de dingen alleen goed? Zelf maak ik bewust keuzes over mijn loopbaan, zodat de inhoud van het werk bij mij past en ik doe waar ik goed in ben. Het liefst werk ik met mensen. Met patiënten, collega's, met AIOS - als plaatsvervangend opleider - en met studenten geneeskunde - als docent aan de Radboud Universiteit. Ik ben ervan overtuigd dat dingen doen die je leuk vindt en goed kan elkaar versterken. Als we zo werken, kunnen we elkaars kracht beter benutten en verder komen.



De training mindful leiderschap is een geaccrediteerde interactieve training voor artsen en leidinggevenden in de zorg. In deze training wordt de mindfulness based reductie training (MBSR) gecombineerd met leiderschap theorieën en praktische oefeningen. Iedere arts geeft leiding. Niet alleen aan een hele afdeling, maar ook aan de AIOS, coassistenten, verpleegkundigen, secretaresses, enzovoort. En uiteraard aan jezelf. Leidinggeven met bewuste, niet oordelende aandacht (mindful), begint bij persoonlijk leiderschap. Mindful leiderschap gaat over aanwezig zijn. Welke persoonlijke waarden en principes pas je toe in je leiderschap? Hoe communiceer je effectief en werk je met compassie? Wat gaat dit voor jou en je collega's en werkomgeving betekenen? Met deze vragen ga je in verschillende leiderschapsonderdelen aan de slag, zowel in persoonlijk leiderschap als in leiderschap naar de ander. Zodat je leiding kan geven vanuit eigen kracht, met energie en in balans.

Deelnemers vertellen hoe ze wat meer afstand konden nemen in een heftig gesprek, wat een prachtig effect had, hoe ze vaker stilstaan bij wat ze doen en passende keuzes maken en hoe ze nieuwe inzichten kregen in verschillende leiderschapsstijlen en deze konden toepassen in de dagelijkse praktijk.

Door deze training ervaar je hoe je:

- je dagelijkse balans tussen handelen en inspiratie kan vergroten
- krachtig en verbindend leiderschap kan tonen
- tijdig stresssignalen kan herkennen en onder spanning gefocust blijft
- goede keuzes kan maken in een veeleisende omgeving

Hoe pas ik mindfulness toe en wat brengt het mij?

Mindfulness geeft mij rust, focus en veerkracht. Zodra ik wakker word, gaat mijn brein aan. Met to-do lijstjes, plannen en denken. Herken je dit? Ik heb de neiging meteen in actie te komen. Door na het opstaan eerst een half uur te mediteren



en yoga-oefeningen te doen, haal ik de haast uit mijn dag. Ik word me bewust hoe het met mij en mijn lichaam is. Zo begin ik de dag rustig en met aandacht. Door een meditatiekussen naast mijn bed te leggen, heb ik het mezelf gemakkelijk gemaakt en kan ik meteen beginnen.

Rust geeft het ook door bewust naar de poli te lopen en niet bezig te zijn met de vergadering van zojuist of de to-do lijst. Of even een kop koffie te gaan drinken met een collega en te vragen hoe het echt met iemand gaat in plaats van te blijven doorrennen.

Focus

Het vraagt onderhoud je koers bij te sturen en om steeds opnieuw af te stemmen op je eigen kompas. We worden uitgedaagd door vragen van collega's, de organisatie, de mensen in je naaste omgeving. Er zijn grenzen en mogelijkheden. Ik houd mijn focus, door gedurende de dag kleine pauzes te nemen. Dat varieert van een korte adem oefening, wat stoelyoga of een wandeling buiten. Ook op een werkdag. Zo geef ik mijn brein een pauze en adem ik frisse buitenlucht in.

Plato zei het meer dan 2000 jaar geleden al: "rust is de belangrijkste voorwaarde voor het denken".

Er ontstaat ruimte voor creativiteit, een oplossing voor een probleem, een goed idee. Wandelen helpt je letterlijk op gang als je vastloopt. Als ik daarna verder werk, ben ik meer gefocust en productiever. Zo kan ik me richten op mijn eigen koers in plaats van geleid worden door wat anderen willen dat

ik doe of de nooit eindigende stroom email en telefoon. Dit focus heeft ook mijn luistervaardigheden verbeterd. Luisteren met oprechte aandacht zonder afleiding in je hoofd over je eigen to-do-lijstjes of agenda. Door beter te luisteren naar patiënten voelen ze zich gehoord, komt de hulpvraag eerder op tafel en gaan ze tevreden naar huis. Artsen zijn snel geneigd om adviezen en oplossingen te geven, maar door goed te luisteren merk je dat de patiënt regelmatig zijn eigen oplossing heeft en aan kan geven wat nu een goede beslissing in beleid is. Dat alleen luisteren al heel helpend kan zijn.

Veerkracht

Mindfulness ondersteunt mij in veerkracht. Ik kan meer genieten van mooie momenten, mensen en dingen. Ik vind ontspanning en plezier in een warme gezellige omgeving met fijne mensen om me heen. Ik word geïnspireerd door kunst, muziek en de natuur.

Het is niet zo dat mindfulness ervoor zorgt dat je nooit meer hinder van stress ervaart. Wel zorgt mijn eigen mindfulnessbeoefening voor een snel herstel, onder andere door tijdig terug te schakelen in plaats van de vermoeidheid te negeren of mezelf te veroordelen bij kritische gedachten. Ik heb geleerd dat moeilijke ervaringen en gebeurtenissen bij het leven horen. Dat moeilijke emoties niet blijvend zijn, maar in beweging. Door mindfulness kan ik er beter mee omgaan. Met meer mildheid en compassie, zowel naar de ander als naar mijzelf.

Miep van der Drift

Kandidaat-leden

Wendy Bokxem
Verpleegkundig specialist
Zorggroep Twente, locatie Hengelo



Kirsten Smit
AIOS Longziekten
Spaarne Gasthuis Haarlem



Eva Bousie
AIOS Longziekten
Rijnstate



Aldo Tanushi
AIOS Longziekten
Maastricht UMC



Lukas Bruggeman
AIOS Longziekten
Amphia Ziekenhuis



Carlijn Veldman
AIOS Longziekten
Martini Ziekenhuis



Marloes Dallinga
AIOS Longziekten
Franciscus Gasthuis & Vlietland



Lara Verschuur
AIOS Longziekten
Erasmus MC



Antine Flikweert
AIOS Longziekten
Amphia ziekenhuis



Claudia van Zwienen
AIOS Longziekten
Jeroen Bosch Ziekenhuis



Pepijn van Gastel
AIOS Longziekten
Radboudumc



Fatih Güclü
AIOS Longziekten
Canisius-Welhelmina Ziekenhuis



Enes Kirmali
AIOS Longziekten
Noordwest Ziekenhuisgroep



Monique Meggelen
Verpleegkundig specialist
Franciscus Gasthuis & Vlietland



Irene Oldenburger
AIOS Longziekten
Isala Klinieken



Ralph Oosthoek
Physician Assistant
Tergooi, locatie Hilversum

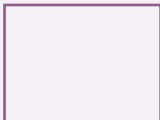


Nieuw benoemde longartsen

Romkje Sietske Hospes, opgeleid in
Universitair Medisch Centrum Groningen
Groningen



Lindy van Mourik, opgeleid in
Jeroen Bosch Ziekenhuis
's-Hertogenbosch



Michael van Puijenbroek, opgeleid in
Universitair Medisch Centrum Utrecht
Utrecht



Lian Smulders, opgeleid in
Zuyderland Medisch Centrum
Heerlen



Lotte Terpstra, opgeleid in
Noordwest Ziekenhuisgroep
Alkmaar



Marjolein Tilkema-Tiebosch, opgeleid in
Universitair Medisch Centrum Groningen
Groningen



Yasemin Türk, opgeleid in
Franciscus Gasthuis & Vlietland
Rotterdam



Nynke van der Veen, opgeleid in
Isala Klinieken
Zwolle



Moniek Wouters, opgeleid in
Rijnstate
Arnhem



Nieuwe senior leden

Roel Aleva
Maxima Medisch Centrum
Eindhoven



Ramela Asfazadour
Merem Medische Revalidatie
Hilversum



Paul van den Berg
Curaçao Medical Center
Curaçao



Joost Schijen
Elisabeth-Twee Steden Ziekenhuis
Tilburg



Piet van Valenberg
Elkerliek Ziekenhuis
Helmond



Petra Vos
Rijnstate
Arnhem



Even voorstellen

Graag wil ik mij als nieuwe medewerker van de NVALT aan u voorstellen. Mijn naam is Marjan van Dijk en op 16 maart a.s. begin ik als bureaumedewerker bij uw vereniging.



Ik ben opgegroeid in Vianen, maar woon nu al 30 jaar met mijn man in Ameide (gelegen aan de Lek, op zo'n 30 km afstand van Utrecht).

In onze vrije tijd gaan we graag wandelen. Dit doen we vaak in combinatie met geocaching.

Hierbij ga je via GPS - met opdrachten en aanwijzingen - op zoek naar een eindcoördinaat, waar een geocache verborgen ligt. Een echte aanrader, want het is een leuke manier om overal ter wereld mooie en vaak onbekende routes en locaties in de natuur of een stad te ontdekken!

Verder lees ik graag en heb ik veel interesse in geschiedenis, wat mooi combineert met het wonen in een oud stadje

als Ameide. Als bestuurslid van de Historische Vereniging Ameide-Tienhoven verzorg ik de ledenadministratie en de notulen van bestuurs- en ledenvergaderingen. Voor het Dierenasiel Gorinchem organiseer ik jaarlijks de collecte in Ameide en Tienhoven.

Wat betreft mijn loopbaan: na mijn studie Nederlands heb ik gewerkt als beleidsmedewerker/ bestuursondersteuner, communicatiemedewerker, administratief medewerker en secretaresse in diverse sectoren (overheid, gehandicaptenzorg, horeca, onderwijs en kinderopvang). De komende weken werk ik nog als managementassistent bij Qualicor Europe, een stichting die zich bezighoudt met kwaliteit en veiligheid in de zorg (begeleiding, training en accreditatie).

Ik heb veel zin om te gaan starten bij de NVALT en hoop velen van u tijdens het congres/lustrumfeest in april te ontmoeten. Graag tot dan!

*Vriendelijke groet,
Marjan van Dijk*

Heeft u uw gegevens al gecontroleerd in het nieuwe ledenportaal?

Sinds 1 januari werken we, evenals vele andere wetenschappelijke verenigingen, met AFAS. Daarmee hebben we één systeem voor ledenadministratie, financiële administratie, projectadministratie en personeelsadministratie.

Wat verandert er voor u?

Tot voor kort had u op het besloten gedeelte van de NVALT-website de mogelijkheid uw gegevens te beheren, u aan te melden voor congressen of cursorische onderwijs en uw facturen in te zien. Vanaf nu zal dit gaan via 'AFAS-outsider'. Om toegang te krijgen tot deze gegevens is het nodig om voor een tweede maal in te loggen. Dit kan eenvoudig door de installatie van de AFAS Pocket app.

Wat moet u doen?

- Ga naar de NVALT-website nvalt.demedischspecialist.nl
- Om in te kunnen loggen op het Ledenportaal heeft u opnieuw een wachtwoord nodig
- Kies hiervoor de optie 'Wachtwoord opvragen'
- Geef bij 'Gebruikersnaam' het mailadres op waarmee u ook inlogt op de NVALT-website
- U ontvangt een mail met verdere instructies
- Download op uw telefoon de AFAS Pocket app of gebruik hiervoor een eigen authenticator-app

- Volg de stappen in de app en vanaf nu kunt u met één druk op de knop inloggen in uw eigen persoonlijke NVALT-omgeving
- Controleer uw gegevens en sla eventuele wijzigingen op.

Problemen of vragen? Laat het ons weten

Met de rechtstreekse toegang tot uw eigen gegevens hopen wij het gegevensverkeer binnen de NVALT te stroomlijnen en onze dienstverlening verder te optimaliseren. Ervaart u problemen bij het inloggen of loopt u anderszins ergens tegenaan: laat het ons weten! Dat kan via secretariaat@nvalt.nl. Wij zullen dan zo spoedig mogelijk contact met u opnemen om het probleem te verhelpen.



Enkele belangrijke data

2023

- 24 maart Oratie Marlies Wijsenbeek-Lourens, Rotterdam
- 24 maart Oratie Erik van der Heijden, Nijmegen
- 4 - 6 april Rotterdam Intensive Care Symposium
- 17 – 20 april Longartsenweek 2023, Papendal, Arnhem
- 18 april Lustrumfeest 115 jaar NVALT
- 20 – 22 april Sleep and breathing, Praag (CZ)
- 26 april Afscheidssymposium Geertjan Wesseling MUMC
- 11 – 13 mei ECBIP, Madrid (ES)
- 19 – 24 mei ATS, Washington (VS)
- 25 - 26 mei Liverpool vernieuwt! Palliatieve zorg door de ogen van de longarts
- 2 – 6 juni ASCO, Chicago (VS)
- 9 – 11 juni EAACI, Hamburg (DE)
- 14 - 16 juni Persoonlijk Medisch Leiderschap, Garderen
- 14 – 16 juni Amsterdam Bronchoscopy Course
- 19 – 21 juni WASOG, Stockholm (SE)
- 23 – 24 juni Pneumo Update, Amsterdam
- 29 - 30 juni Dutch Lung Congress (DLC), Utrecht
- 9 -13 september ERS, Milaan (IT)
- 9 – 12 september WCLC, Singapore (SG)
- 20 - 21 september Najaarscongres, Papendal, Arnhem
- 28 - 29 september Allergie aan Zee, Scheveningen
- 5 - 6 oktober Rembrandt cursus, trombo-embolische ziekte, Amsterdam
- 8 – 11 oktober Chest, Honolulu (VS)
- 20 – 25 oktober World Sleep, Rio de Janeiro (BR)
- 5 - 6 november Bomen over COPD, speciale editie, Wolfheze
- 11 – 14 november ACCP, Dallas (VS)
- 12 - 13 november Bomen over COPD
- 23 – 25 november Bronkhorst, Koningshof, Veldhoven

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