

PulmoS^{cript}



Jaargang 34 ♦ december 2023 ♦ 4

- ♦ Vapen #jouw keuze
- ♦ Longarts en Klinisch Farmacoloog
- ♦ Preventie en gezond gedrag



Inhoud

| | |
|---|----|
| Voorwoord | 5 |
| Bestuur | |
| Van de voorzitter | 6 |
| Van de secretaris | 9 |
| Verslag ALV 21 september | 10 |
| Preventie en gezond gedrag | 14 |
| Commissies en secties | |
| Wetenschap en Innovatie | 16 |
| Sectie Cystic Fibrosis | 17 |
| Wergroep Preventie | 18 |
| AIOS bestuur | 19 |
| Wergroep De Groene Longarts | 20 |
| Commissie Richtlijnen | 22 |
| Studiedagen VvAwT | 24 |
| CieBOD-advies | 26 |
| Rubrieken | |
| Opleiding in de kijker: Amphia ziekenhuis | 29 |
| Jonge klare in de kijker: Sanne Lievense | 30 |
| Nascholing | |
| Proefschrift Hans Blaauwgeers | 33 |
| Proefschrift Johanna Broese | 34 |
| Proefschrift Kris Mooren | 35 |
| En verder: | |
| Antwoorden voortgangstoets | 36 |
| De crisis na de crisis | 37 |
| Vapen #jouw keuze | 41 |
| Longarts en Klinisch Farmacoloog | 42 |
| Podcast luistertips | 44 |
| Werkbezoek Zambia | 45 |
| De sigaret als verlengstuk van jezelf | 46 |
| Seniorenmiddag 2023 | 48 |
| Vakantiesluiting en lidmaatschap | 49 |
| Personalia | 50 |
| Congresagenda | 49 |



Colofon

PulmoScript is het officieel orgaan van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)

Secretariaat NVALT en Redactie PulmoScript

Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Telefoon 088 5053412
e-mail: secretariaat@nvalt.nl
www.nvalt.nl



Redactieraad:

Peter Kunst
Lisette Kunz
Wilma Vlug

Uiterste datum voor insturen kopij

nr. 1, 10 februari 2024

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

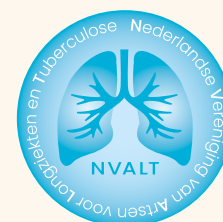
Drukwerk

Drukkerij Boonen, Hamont
www.drukkerijboonen.be

Verzending

Vogelaar, IJsselstein

ISSN 0925-4749



Voorwoord

Het nieuwe jaar begint binnenkort en er staat ons vast weer van alles te wachten. Zeker nu de verkiezingen net achter de rug zijn. Elke politicus moet natuurlijk zijn zegje doen en zijn eigen punten duidelijk maken. Het zal mij benieuwen hoe lang de formatieperiode gaat duren. Op het moment van schrijven is de uitkomst van de verkiezingen nog niet bekend, maar wat mij wel duidelijk is dat in vele verkiezingsprogramma's het korte termijn denken weer hoogtij viert. De visie om iets voor langere termijn te bedenken ontbreekt vaak. Zo ook de visie op zorg. De één investeert in de zorg terwijl de ander, ondanks vergrijzing en personeelstekort, wil bezuinigen. Hoe je het ook wendt of keert: beleid met visie is ver te zoeken en meningen liggen ver uiteen.

Ook wij als NVALT. Ook wij moeten visie ontwikkelen en de eerste aanzet daartoe is het document de toekomst van de longarts. Ook hier zijn keuzes voor echt lange termijn denken beperkt. Deze keuzes zijn uiteraard nog niet helemaal duidelijk en het vergt dus moed om ze

tegen de stroom in nu te maken terwijl ze vaak voor velen niet duidelijk zijn. Toen ik aantrad als bestuursvoorzitter Wetenschap en Innovatie wilde ik graag een Dutch Alliance oprichten samen met NRS, longfonds en LAN. Toen voelde dat heel bedreigend voor vele partijen, maar ook nu denk ik nog steeds dat dit de richting is die we moeten gaan: samen met elkaar om zo de wetenschap een goed podium te geven. Als longartsen moeten we af van het adagium "zoals het nu is, is het goed". Voor nu is dat misschien wel zo, maar dat is niet houdbaar. Dus laten we dan beter verder gaan met onze visie ontwikkelen, dan die van een ander opgelegd krijgen.

"Je kunt beter ten ondergaan met je eigen visie, dan met de visie van een ander"

Johan Cruijff 1947-2016

Veel leesplezier!

Peter Kunst

"Je kunt beter ten ondergaan met je eigen visie, dan met de visie van een ander"

JOHAN CRUIJFF
1947-2016



Van de voorzitter

Plezier in je werk brengt perfectie in het resultaat!

Bovenstaande titel illustreert dat ook Aristoteles (384 v. Chr.) al inzag dat werkplezier essentieel is voor een optimale inzet, bevlogenheid en het leveren van de hoogst haalbare kwaliteit van zorg voor de patiënten die ons zo hard nodig hebben. Om een andere filosoof aan te halen: “Kies een baan waarvan je houdt en je zult nooit een dag in je leven hoeven werken” (Confucius, 551 v. Chr.). Daarbij is het in mijn ogen belangrijk om aan te nemen dat werkplezier niet alleen iets is voor de happy few, maar eigenlijk voor allen met een (betaalde) baan. Werkplezier is de laatste tijd opvallend veel in beeld als belangrijk item om onze productiviteit te verhogen, maar ook om uitval en de kans op een burn-out zo laag mogelijk te houden. Een vorm van preventie dus, waarover we veel terug kunnen lezen in de voorliggende PulmoScript. Het is mede daarom dat werkplezier en duurzame inzetbaarheid is gekozen als belangrijk onderdeel binnen ons visiedocument ‘Op weg naar toekomstbestendige longzorg’. Maar wat is dat dan precies, werkplezier? Hoe komen we tot werkplezier? En hoe behouden we werkplezier?

Als we ons bij deze vragen even gaan richten op de longarts (i.o.), en het staat natuurlijk buiten kijf dat wij als longartsen een prachtig vak hebben, dan kunnen we stellen dat er van een longarts (i.o.) in deze tijd veel wordt verwacht, en dat geldt natuurlijk ook voor de verpleegkundig specialist en physician assistant. Er is een hoge werkdruk, een ogenschijnlijk steeds verder toegenomen administratiedruk en de avonduren worden regelmatig gebruikt om te vergaderen of poli's voor te bereiden. De loopbaanmonitor van de FMS liet op zich wel zien dat longartsen trots zijn op hun vak en over het algemeen 's ochtends met plezier naar het werk gaan. Echter, ontevredenheid over het aantal gewerkte uren, de soms wat labiele werk-privé balans en een gebrek om hier zelf invloed op te kunnen uitoefenen liggen op de loer als reden om elke week weer uit te kijken naar het weekeinde. Tenminste als dat weekeinde niet ook in het teken van het werk staat. Hoe komen we dan, met deze bedreigingen om de hoek, toch tot een hoge mate van werkplezier? Het lijkt erop dat hier diverse factoren een rol spelen, zoals het gevoel van autonomie, de ruimte voor medezeggenschap en de mogelijkheden voor persoonlijke ontwikkeling. Autonomie betekent allereerst een fundamentele erkenning van kwaliteit en competenties van medewerkers. Er moet voldoende ruimte zijn voor eigen invulling van het werk. Hier zou daarom in iedere vakgroep of maatschap in ruime mate aandacht voor moeten zijn. Tevens is uit onderzoek naar voren gekomen dat het mee mogen praten over de eigen organisatie, medezeggenschap dus, als uiterst bevorderlijk voor het werkplezier moet worden gezien. Tot slot, het faciliteren van persoonlijke ontwikkeling brengt met zich mee dat medewerkers, dus ook longartsen, VS-en en PA's, werk doen dat bij hen past en in hoge mate energie geeft. Vervolgens is het bruggetje naar bevlogenheid binnen het



werk snel gemaakt. Zonder mogelijkheden voor persoonlijke ontwikkeling en kansen voor het ontwikkelen van leiderschap wordt bevlogenheid danig op de proef gesteld. Dit blijkt ook uit onderzoek, dat aangeeft dat ongeveer 88% van de Nederlanders zich niet volledig bevlogen voelt op het werk. Hier ligt dus ook een rol voor de afdelingshoofden en opleiders: “A sign of a good leader is not how many followers you have, but how many leaders you create”, aldus Mahatma Gandhi, 1869-1948. De perceptie van de mogelijkheden tot autonomie, medezeggenschap en persoonlijke ontwikkeling bepaalt dus ogenschijnlijk voor een aanzienlijk deel ons werkplezier en staat tevens aan de basis van de vraag of je je werk ervaart als ‘lekker druk’ of ‘te druk’.

Graag wil ik hierbij ook nog even refereren aan onze najaarsbijeenkomst op Papendal, alwaar ik collega longarts Prof. Dr. Frank Smeenk mocht verblijden en tevens verrassen met de titel ‘erelid’. Een titel die slechts bij hoge uitzondering door de NVALT wordt verleend. Het zeer indrukwekkende CV van Frank werd door hemzelf haast nonchalant weggewuifd met de woorden dat hij zijn werk gewoon altijd leuk heeft gevonden en dat brengt ons weer bij Aristoteles: “Plezier in je werk brengt perfectie in het resultaat!”

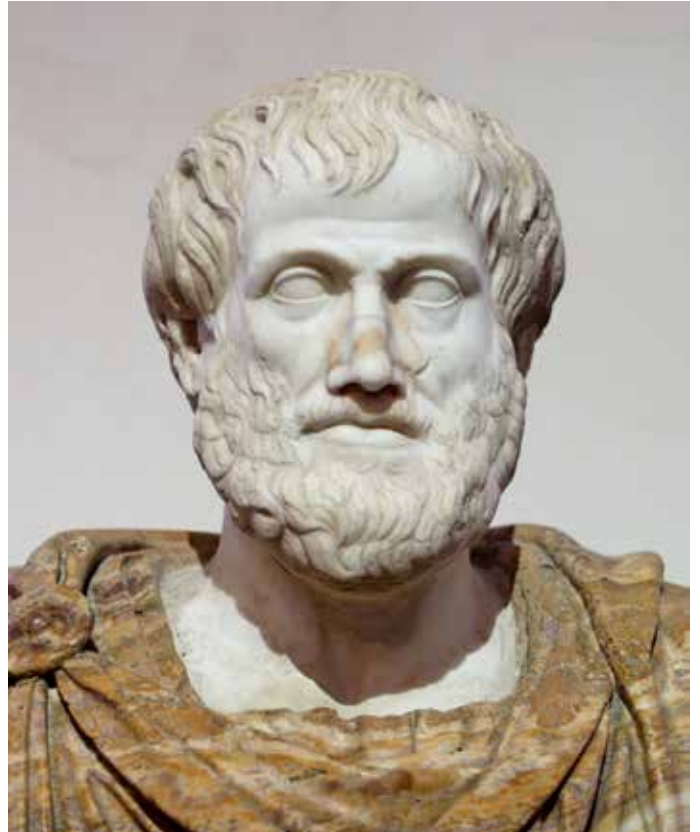
Maar er is meer: Werkplezier betreft niet een momentopname, het draait ook om de duurzaamheid van dat

gevoel. De vergrijzing, de discussies omtrent volumenormen, superspecialisatie versus generalisme, de toegankelijkheid van zorg, de betaalbaarheid en de toenemende invloed van e-health en AI zijn zo maar enkele factoren die maken dat onze wereld er over 10 jaar weer geheel anders uit kan zien, of eigenlijk uit gaat zien. Hoe zorgen we er in die veranderende wereld voor dat ons werkplezier overeind blijft? Los van de eerdergenoemde factoren lijkt er hier ook nog een belangrijke plaats te zijn voor het begrip aanpassingsvermogen. Zoals Darwin al aangaf: "Het is niet de sterkste of meest intelligente die overleeft, maar degene die het meest openstaat voor verandering". Wijze woorden om eens goed op je in te laten werken. Maar, zullen sommige zeggen, dat klinkt wel leuk, maar veranderingen zorgen voor beren op onze zorgvuldig geplaveide wegen en die beren veroorzaken potentieel weer het onderuithalen van ons aanvankelijke enthousiasme voor ons vak. Churchill (1874-1965) gaf hier een mooie oplossing voor: "Success is the ability to go from one failure to the other with no loss of enthusiasm". Oftewel, we moeten niet terugdeinzen voor verandering en het soms maken van fouten, want uiteindelijk is de kans groot dat we daar steeds weer sterker uitkomen. Tenslotte leer je ook nooit goed skiën als je nooit wil vallen, om maar even een vergelijking te maken.

Na deze, enigszins filosofische, overpeinzingen wil ik graag afsluiten met de aankondiging van een nieuwe NVALT werkgroep, de werkgroep werkplezier en duurzame inzetbaarheid. Ik denk dat deze werkgroep, waarvoor zich al diverse leden hebben gemeld, ons op enthousiaste wijze mee gaat nemen in het item werkplezier en waar mogelijk handvaten en oplossingsrichtingen gaat formuleren voor alle NVALT leden!

Ik wens jullie allen veel werkplezier en tevens uiteraard leesplezier met deze wederom fraaie uitgave van PulmoScript!

Leon van den Toorn



Van de secretaris

Over bizens, buffels en de stichting “Longartsen voor Afrika”

Toen de eerste blanken voet aan wal zetten in Noord-Amerika, leefden er naar schatting meer dan 2 miljoen bizens, met name op de uitgestrekte prairies. Door intensieve jacht was de bizon aan het eind van de 19e eeuw bijna uitgestorven: er waren er minder dan 100 in het wild overgebleven. De oorspronkelijke bewoners van Amerika doodden zoveel dieren als zij nodig hadden, droogden het vlees, bewaarden merg en vet, sneden lepels en bekers uit de hoorns, vlochten lasso's en gordels van de haren en bewerkten de huiden tot tentdoeken, kleding en mocassins. De blanke jagers doodden de dieren om hun huid en lieten de kadavers rotten. Ook werd op bizens gejaagd om de prairie-indianen te dwingen hun nomadische leefwijze op te geven. Gelukkig leven er nu naar schatting weer 30.000 bizens in het wild. Bizens zijn groot en zien er log uit, maar dat wil niet zeggen dat ze langzaam zijn: ze kunnen zo'n 50 km/uur rennen. Door de Franse ontdekkingsreiziger Samuel de Champlain werd het dier in 1625 'buffalo' genoemd, afgeleid van het Franse woord boef (rund). Buffalo Bill had zijn naam te danken aan het feit dat hij werklieden aan de Kansas-Pacific spoorlijn voorzag van buffelvlees. Hij was overigens een tegenstander van het jagen op bizens alleen vanwege de huiden en was een voorstander van een jachtseizoen, om het Amerikaanse symbool voor uitsterven te behoeden.

Bizens hebben een brede kop en gebochelde schouders. Bochels zijn vaak symbolisch voor opgeslagen krachten. De uitdrukking 'ergens de schouders onder zetten' is wellicht ontstaan met de bizon in gedachten. Mogelijk heeft u in uw carrière al eens een patiënt gezien met een 'buffalo chest' – beide pleuraholten zijn dan met elkaar verbonden, waardoor een pneumothorax altijd dubbelzijdig is. Bij de mens is een buffalo chest zeldzaam, maar ongeveer de helft van de bizens heeft een buffalo chest, hetgeen de jacht voor de indianen vergemakkelijkte: 1 pijl kon een dubbelzijdige pneumothorax veroorzaken.

De Afrikaanse variant van de bizon is de Kaapse buffel. Wist u dat de geslachtsverhoudingen bij de Kaapse buffels mede bepaald

worden door het weer? Tijdens droge jaren worden er meer vrouwtjes geboren, tijdens de natte jaren meer mannetjes. Als de Kaapse buffel in Nederland had geleefd, zou het weer van de afgelopen maanden hebben geleid tot een overschot aan mannetjes.

Over Afrika gesproken: elders in deze PulmoScript leest u het verslag van een werkbezoek in juni dit jaar aan ziekenhuizen in Zambia. Twee dagen waren we in het University Teaching Hospital (UTH) in Lusaka. Kondwe Mateyo heeft enkele jaren geleden bijna anderhalf jaar in het St. Antonius Ziekenhuis heeft gewerkt en werkt nu als (enige) longarts in het UTH. Hij kan in het UTH wel bronchoscopieën verrichten, maar geen drains plaatsen, omdat die niet beschikbaar zijn (!). Drains worden geplaatst door de chirurg en het betreft geen thoraxdrains, maar wonddrains, die vaak onvoldoende functioneren. Navraag leerde ons dat in Zambia de thoraxdrains ongeveer 50 dollar per stuk kosten – te duur voor het beperkte budget van het UTH. We hebben het plan opgevat om Kondwe vanuit Nederland (waar thoraxdrains goedkoper zijn) structureel van drains te gaan voorzien. Hij heeft er ongeveer 50 per maand nodig. Inmiddels is er een stichting opgericht met ANBI-status: de stichting “Longartsen voor Afrika” (<https://www.longartsenvoorafrika.nl>).

Als iedere longarts per maand twee euro naar deze stichting zou willen overmaken, kunnen we ons plan realiseren. Het rekeningnummer van de stichting is NL41TRIO0320713989. Mede namens de collega's met wie ik het UTH heb bezocht, zou ik u zeer dankbaar zijn als u structureel met een periodieke overschrijving de stichting zou willen steunen. Uiteraard zullen we u via de website op de hoogte houden van de ontwikkelingen.

Voor nu rest mij om u fijne Kerstdagen te wensen en alvast de beste wensen voor 2024.

Hans-Jurgen Mager



Verslag Algemene ledenvergadering – NVALT

Donderdag 21 september 2023, Congrescentrum Papendal te

Arnhem



1. Opening door de voorzitter

Leon van den Toorn, voorzitter van de NVALT opent de vergadering om 17.15 uur.

2. Verslag vorige ALV 17 april 2023

Er zijn geen vragen en/of opmerkingen n.a.v. het verslag van de vorige ALV. De notulen worden hiermee vastgesteld.

3. Mededelingen van de voorzitter

Huishoudelijke reglement: Kleine aanpassing termijn van aanstelling van bestuursleden van commissies, dit wordt niet drie maar vier jaar. Hiertegen is geen bezwaar.

Nieuws vanuit de Federatie.

- Er zijn diverse projecten waar ook de NVALT een bijdrage aan levert: Fit for the future, Leefstijlcoalitie, het Visiedocument medisch specialist 2035 en het expertiseteam post COVID.
- Passend bewijs richtlijnen: uitgezocht of bijvoorbeeld ook de mening van experts tot een aanbeveling in een richtlijn mag leiden.

Werkgroep arbeidsgerelateerde longziekten; Opdracht aan de werkgroep vanuit het bestuur; opbouwen van een netwerk in Nederland, opzetten van studies en registratie, ontwikkelen van scholing voor o.a. huisartsen en bedrijfsartsen. Samenwerking met LEXCES en met bedrijfsartsen, arbeidshygiënist. Leden met interesse kunnen zich aanmelden bij het NVALT bureau.

ERS in oranje en de NVALT-borrel; dit jaar in Milaan, was een goede combinatie, de borrel was een groot succes.

Longfonds. Michael Rutgers is als directeur opgevolgd door Károly Illy.

NVALT-bureau verhuisd naar de Domus Medica in Utrecht.

Nieuwe NVALT werkgroepen:

Werkgroep Preventie; Remco Djamin is de voorzitter van deze werkgroep.

Werkgroep Duurzaamheid; op initiatief van Romkje Sietske Hospes en Ilse Boudewijn.

4. Stand van zaken in ontwikkeling zijnde begroting 2024

Hans-Jurgen Mager, secretaris van het NVALT bestuur, geeft een toelichting op de stand van zaken m.b.t. de begroting 2024.

Sinds 2023 worden de financiën elk kwartaal gemonitord (start financieel management a.d.h.v. jaarplan en doelen). Het lopende jaar verloopt financieel naar verwachting en de balans is licht positief. De begroting 2024 is in samenwerking met De Jong Accountants in de maak, de inrichting hiervan wordt aangepast naar de huidige manier van werken. De contributiegelden worden geïndexeerd. Bespreking van de conceptbegroting met de kascommissie staat gepland voor eind oktober/november. Met een akkoord en advies van de

kascommissie wordt de begroting in december digitaal aan de leden voorgelegd.

5. Discussie met de leden: Registreren van superspecialismen?

Brainstorm met de zaal onder leiding van Leon van den Toorn, voorzitter NVALT bestuur.

Registratie van superspecialismen; is er behoefte aan superspecialisatie zoals longarts-oncoloog? Eén van de aanwezigen noemt het formaliseren van het superspecialisme in de longgeneeskunde noodzakelijk, maar daartegenover wordt opgemerkt dat er wel ruimte moet blijven voor andere longartsen om ook iets op het gebied van de superspecialisatie te doen. Er is angst dat dit kan leiden tot steeds verdere specialisering. Als groot nadeel van superspecialisatie wordt genoemd dat je het werk niet meer van elkaar over kunt nemen. Als de superspecialisten uit een vakgroep uitvallen dan is er een probleem. Hierop wordt opgemerkt op dat dit nu ook zonder formalisering al een probleem is. De meerderheid van de aanwezigen vindt dat er zowel generalisten als superspecialisten nodig zijn. Leon bedankt alle aanwezigen voor zijn/haar input. Het bestuur zal verder nadenken over dit onderwerp.

6. Mededelingen beleidscommissies

Kwaliteit

Door Wouter de Jong, voorzitter beleidscommissie kwaliteit **Integraal zorgakkoord (IZa)**. Het IZa gaat gewoon door, op veel terreinen wordt wat van de NVALT verwacht, bijvoorbeeld richtlijnen en registratie.

Ronde tafel Longoncologie (Zorginstituut Nederland). Bij de uitwerking concentratie en spreiding zorg zit longkanker in de eerste tranche; belangrijk hierbij zijn de ronde tafel gesprekken. In het bestuurlijke overleg worden de medische specialisten via SONCOS/FMS vertegenwoordigd, dat is één medisch specialist. De NVALT wordt bij de tumorspecifieke tafel longkanker door twee leden van de NVALT vertegenwoordigd. Deze tafel moet voor meerdere interventies een voorstel voor volumennormen doen; de opdracht is het verhogen van de normen. Geen aanpassing ten aanzien de huidige situatie zal door ronde tafel/bestuurlijk overleg niet geaccepteerd worden. Er gaan veranderingen komen, hier komen ook transformatiegelden voor. Potentieel kan dit veel impact hebben. Doel is de nieuwe normen per 1-1-2024 in te laten gaan en vanaf 1-1-2026 op deze wijze te contracteren.

Richtlijnen. De stand van zaken m.b.t. drie nieuwe richtlijnen wordt toegelicht, nl. Astma en Zwangerschap, COPD en Tabaksontmoediging in de tweede lijn

Register kwaliteitsregistratie. Het Zorginstituut heeft van de minister van VWS de opdracht gekregen een landelijk register

voor kwaliteitsregistraties in te richten en te beheren, dit register is bijna klaar en zal per 2024 per wet verankerd zijn. Kijk voor meer informatie op: www.ssc-dg.nl.

Opleiding

Door Wouter van Geffen, voorzitter beleidscommissie opleiding

[Nieuwe versie opleidingsplan](#); per 1 oktober 2023 is het nieuwe opleidingsplan van kracht. Het komende jaar zal gewerkt een vernieuwing van het opleidingsplan waarbij ook de nieuwe thema's meegenomen worden.

[Opleidingsplaatsen](#) 41 voor volgend jaar. De verdeelsystematiek is vastgesteld volgens nieuwe regels VWS, dit is niet het verdelingsvoorstel van de NVALT.

[NZa Kostenonderzoek](#). Kosten van de opleiding, er zijn financiën maar het is niet transparant hoe deze gelden besteed worden. De NZa doet hier onderzoek naar.

[Ontwerpbesluit SEH](#); stage longziekten hierin opnemen of niet, er komt een gezamenlijke reactie vanuit de Federatie naar de CGS hierover.

[Congressen](#) Het Bronkhorst congres heeft per 2024 een nieuwe locatie: het Van der Valk in Tilburg. De commissie Longartsenweek heeft nieuwe voorzitter: Jelle Miedema.

[De NVALT Academie](#) is het nieuwe platform voor scholing & nascholing voor longartsen en AIOS longgeneeskunde. De NVALT Academie is opgericht om de scholing voor longartsen (in opleiding) goed te structureren en biedt drie ondersteuningspakketten. Een uitgebreide beschrijving van de pakketten, de voorwaarden en hoe u gebruik kunt maken van de NVALT Academie vindt u op de NVALT site.

Beroepsbelangen

Door Hans Grotjohan, voorzitter beleidscommissie Beroepsbelangen

De samenstelling van de BCB wordt getoond, er is meer man/vrouwkracht nodig!

[DOT ontwikkelingen 2023](#). Expertise consult, consultatie van expert medisch specialist, volgens VWS expertisecentra lijst. Dit gaat om meedenk- en meekijkconsulten. Is in de regelgeving van de NZa per 1 januari 2023 opgenomen als overig product. Overig product telemonitoring 039133, opgenomen in NZa regelgeving per 1 januari 2023, alleen mogelijk als ad-on aan een lopend zorgtraject en de toepassing moet herleidbaar zijn uit het medisch dossier.

[DOT ontwikkelingen 2024](#). Er komt een zorgactiviteit Navigatie bronchoscopie, afgeleid uit bestaande productstructuren.

[Werkplezier en duurzame inzetbaarheid](#), één van de thema's van de NVALT visie. Er spelen verschillende zaken die invloed hebben: arbeidsvoorwaarden/inkomen/ satisfactie/werkdruk, de werkgelegenheid van longartsen en het behoud keuzemogelijkheid vrij beroep of loondienst. Acties op het

gebied van werkdruk en werkplezier worden opgepakt met het thema opleiding. Ook is er een rol voor de landelijke loopbaanmonitor.

[Update gedwongen loondienst](#), de brief van de minister aan de tweede kamer over transformatie passende zorg en msb's is bekend.

Er staat een handreiking implantatie passende zorg op de site van de Federatie; dit is een lezenswaardig stuk met goede tips.

Wetenschap & Innovatie

Door Peter Kunst voorzitter beleidscommissie Wetenschap & Innovatie.

[De beleidscommissie Wetenschap & Innovatie](#) inventariseert, agendeert en stimuleert wetenschap en innovatie in klinisch onderzoek.

[Samenstelling](#): Peter stopt per april volgend jaar als voorzitter van deze beleidscommissie.

De tweede agenda zorgevaluatie is opgesteld, drie projecten zijn ingediend voor subsidie.

[Gesprekken met secties](#). Minimaal jaarlijks zal er een overleg tussen W&I en de voorzitters van de NVALT secties belegd worden. De stichting NVALT kan de secties helpen bij het opzetten van studies.

[Gesprekken met farmacie/VIG](#). De farmacie is welwillend om bij te dragen aan projecten: kennis en financieel.

[Cyclus zorgevaluatie](#). De BCW gaat een cyclus maken zodat er elk jaar tenminste één zorgevaluatie vraag uitgewerkt kan worden.

[Samenwerking LAN, Longfonds, NRS](#). Uitzoeken wat samen met Longfonds voor subsidiering mogelijk is. Ook de samenwerking met de NRS m.b.t. NPL 2.0 wordt verder uitgewerkt.

[Opzetten vacaturebank wetenschappelijke projecten](#) voor ANIOS/AIOS. Hiertoe is een enquête uitgezet onder de opleiders.

[Stichting NVALT-studies](#). Er wordt nauw samengewerkt met de stichting NVALT-studies.

7. Stichting NVALT-studies

Voordracht door Astrid Keijser, coördinator van de stichting NVALT-studies namens het bestuur van de stichting.

[Het bestuur van de Stichting NVALT](#) studies bestaat uit Michel van den Heuvel, voorzitter, Lizza Hendriks, secretaris en Bonne Biesma, penningmeester.

[Over de Stichting](#) De Stichting NVALT-studies richt zich vanaf 2023 op het algehele longenveld. Activiteiten van de stichting: van idee naar methodologie & begroting naar fondsaanvraag, verwijzing naar NVALT datacentrum, toetsen op wettelijk kader/ GCP/ klinische praktijk & richtlijnen. De stichting heeft een groot netwerk van onderzoekers. Er is nauwe

Visiedocument NVALT: thema Preventie en gezond gedrag

RookStopZorg in de tweedelij

In april van dit jaar heeft de NVALT haar visiedocument voor de komende vijf jaren gelanceerd. Dit visiedocument is de inhoudelijke kapstok van het NVALT-beleid voor de komende jaren. Dit document bestaat uit een vijftal thema's die door een hele grote groep NVALT-leden aangedragen en vervolgens geprioriteerd zijn. Een van die vijf thema's is Preventie en gezond gedrag. Voor longartsen is dit een belangrijk en zeker relevant thema. Want elke dag zien longartsen patiënten waarvan een deel een vermijdbare longaandoening heeft of waarbij een verslechtering van de aandoening voorkomen kan worden door het beïnvloeden van bepaalde factoren en een gezondere leefstijl. We weten dat van de beïnvloedbare gedragsfactoren roken de grootste gezondheidsschade oplevert. Het is algemeen bekend en wetenschappelijk aangevoerd dat met de juiste maatregelen het aantal mensen dat rookt terug te dringen is en dat stoppen altijd zin heeft. U als zorgverlener kan daar een grote rol in spelen.

De NVALT wil zich dan ook de komende jaren sterk maken voor goede stoppen-met-rokenschap, want er wordt in Nederland nog steeds door bijna drie miljoen mensen gerookt en er overlijden jaarlijks bijna 20.000 mensen aan de gevolgen van roken. Om invulling aan dit beleidsthema te geven is er recent een NVALT-werkgroep Preventie ingericht. Een groep enthousiaste leden heeft zich aangemeld en is inmiddels aan de slag om een werkagenda op te stellen. In deze PulmoScript vertelt werkgroep-voorzitter Remco Djamin u meer over deze werkgroep. Daarbij is er in FMS-verband op initiatief van de NVALT een netwerk Preventie ingericht. Inmiddels zijn alle wetenschappelijke verenigingen bij dit

netwerk aangesloten en zit het netwerk met regelmaat om de tafel met VWS en de staatssecretaris. Een ander NVALT-project wat recent is afgerond en opgeleverd is de Leidraad Tabaksontmoediging. Deze leidraad is ontwikkeld door een brede projectgroep en tot stand gekomen onder voorzitterschap van longarts Chantal Kroese. De leidraad omschrijft hoe in het ziekenhuis opgenomen patiënten die roken te begeleiden en te ondersteunen bij het stoppen-met-roken. Deze leidraad is te vinden in de richtlijndatabase.

Maar er gebeurt nog meer in den lande waar we als NVALT bij betrokken zijn en die zetten we graag even op een rijtje voor u:

RookStopZorg en start Campagne

Zo loopt vanaf eind 2022 het project RookStopZorg. Het doel van het project is om het gesprek over roken en stoppen-met-roken door alle zorgverleners als basiszorg te gaan zien. Zorgverleners, zoals longartsen, kunnen namelijk een essentiële rol spelen in een succesvolle stoppen-met-roken poging bij een roker. Het is een project uitgevoerd door het Trimbos-instituut, met financiële ondersteuning van het ministerie van VWS in het kader van het Nationaal Preventie-akkoord.

Het doel van RookStopZorg is dat iedere zorgverlener in Nederland het rookgedrag van rokers bespreekbaar maakt, een stopadvies geeft, basale ondersteuning biedt en doorverwijst indien nodig. Het geven van een stopadvies kan in een kort gesprek van minder dan een minuut: het Very Brief Ad-



**DIT LIJKT ONBEDUIDEND.
MAAR EEN SIMPEL STOPPEN-MET-ROKENADVIES
VERHOOGT DE KANS OP SUCCESVOL STOPPEN
MET 50%**



vice. Er zijn vele opties voor doorverwijsmogelijkheden naar goede stoppen-met-rokenzorg. Deze moeten lokaal echter wel bekend zijn en er dient een makkelijke doorverwijsstructuur te worden gerealiseerd. Het einddoel van RookStopZorg is daarmee: stoppen-met-roken krijgt prioriteit in de zorg en stoppen-met-rokenzorg is goed bereikbaar voor alle rokers.

Op 1 december 2023 start er vanuit RookStopZorg een campagne specifiek voor de medisch specialistische zorg, met een duidelijke 'call-to-action'. De campagne komt voort uit een samenwerking van de Nederlandse Internisten Vereniging, Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie en de NVALT. De kern van de campagne vormt een ludieke, korte film (5 minuten) met een krachtige eindboodschap. De campagne roept op om in ieder geval met het Very Brief Advice (VBA) het gesprek over roken met de roker aan te gaan en (warm) toe te leiden tot adequate, professionele stoppen-met-roken zorg. Op www.rookstopzorg.nl is de film te vinden en zijn nadere details over de campagne te lezen. Ook vindt men daar aanwijzingen voor de zorgverlener wat deze kan doen om een roker de juiste route naar goede stoppen-met-rokenzorg te wijzen, biedt scholing voor het VBA en achtergrondinformatie voor een mogelijk lokaal in te richten verwijsstructuur.

NVALT SKMS-project: Stoppen-met-rokenzorg in het Kwaliteitsbeleid Medisch Specialististen

Naast deze campagne verschijnt er in december 2023 ook het eindrapport van het SKMS-project "Stoppen-met-rokenzorg in het Kwaliteitsbeleid Medisch Specialististen". Dit

SKMS-project is een initiatief van George Nossent, voormalig bestuurslid van de NVALT, en is uitgevoerd door vertegenwoordigers van de NVALT, NVVC en het Trimbos-instituut in samenwerking met diverse andere beroepsorganisaties. De gedachte achter dit project is dat stoppen-met-roken, vaak door tijdgebrek, niet altijd ter sprake komt in de spreekkamer, terwijl dit dus wel belangrijk is. Daarbij is de organisatie van stoppen-met-roken zorg vanuit de tweede lijn, waar ook de longarts zit, niet altijd duidelijk of niet afdoende georganiseerd. Dus, hoe bevorder je dan als longarts de stoppen-met-rokenzorg als er te weinig tijd is en de organisatie van zorg niet altijd helder is? Dat is dus het doel van het bij dit project ontwikkelde handboek waarbij handvatten aan tweedelijnsinstellingen worden gegeven om stoppen-met-rokenzorg lokaal goed te organiseren. Wanneer stoppen-met-rokenzorg meer gestructureerd ingebed wordt, zullen zorgverleners meer gebruik maken van de beschikbare methodes en hulpmiddelen. Dit handboek omschrijft wat er nodig is met betrekking tot organisatie, logistiek en financiering om stoppen-met-rokenzorg lokaal vorm te gaan geven.

Vanuit dit project wordt er een beroep gedaan op u als zorgverlener (of als groep zorgverleners in een regio) om lokaal als 'kartrekker' voor goede stoppen-met-rokenzorg te fungeren. Een medisch specialist, zoals een longarts, kan namelijk een cruciale rol spelen in het agenderen en faciliteren van de benodigde infrastructuur voor goede toeleiding naar stoppen-met-rokenzorg vanuit een ziekenhuis. In het handboek worden diverse aspecten hiervoor beschreven, zoals de registratie van de rookstatus in het EPD, het instellen van een stoppen-met-roken consultant of poli of het inrichten van een duidelijke route c.q. verwijsstructuur richting stoppen-met-roken zorg buiten het ziekenhuis. Het rapport is op te vragen via rookstopzorg@trimbos.nl.

Kortom, er gebeurt veel op het gebied van stoppen-met-rokenzorg en preventie. En dat is hard nodig, want er roken nog steeds te veel mensen en er starten nog te veel mensen met roken (en vaperen). Niet-roken moet definitief de norm worden. Wij kunnen daar aan bijdragen.

Ingrid van der Gun en Maurits van der Veen, cardioloog en voorzitter Taskforce Tabak en RookStopZorg



Wetenschap & Innovatie

De beleidscommissie Wetenschap & Innovatie inventariseert, agendeert en stimuleert wetenschap en innovatie in klinisch onderzoek, met als doel het verbeteren van de kwaliteit én resultaten van longonderzoek waardoor de zorg aan patiënten met een longaandoening verbetert.

Onlangs hebben wij een enquête opgezet om inzicht te krijgen in hoeverre er vanuit de arts-assistenten behoefte is aan een landelijke vacaturebank waarin we transparantie bieden ten aanzien van lopende onderzoeksprojecten. We willen een platform creëren waar onderzoekers elkaar kunnen vinden om samen te werken met als gezamenlijk doel het beantwoorden van onze kennishiaten.

Ben jij AIOS of ANIOS en heb jij onze enquête nog niet ingevuld? Het duurt maximaal 2 minuten nadat je onderstaande QR code hebt gescand!

*Xanthe Brands en Ilayda Aydemir
AIOS longziekten AUMC & OLVG*



Sectie Cystic fibrosis: altijd in ontwikkeling

Wij zullen ons eerst even voorstellen: Inez Bronsveld is momenteel de secretaris van de sectie, werkzaam in het Universitair Medisch Centrum Utrecht en Renske van der Meer, de sectievoorzitter en sinds 2011 werkzaam in het Hagaziekenhuis. De sectie CF is een van de kleinere secties binnen de NVALT. Dit komt doordat de CF-zorg gecentraliseerd is in 7 centra. Binnen deze kleine sectie is er laagdrempelig contact tussen de leden en ontmoeten wij elkaar frequent op scholingen in binnen- en buitenland. Daarnaast is er een nauwe samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Kinderartsen (NVK) en de patiënten vereniging (NCFS). Wij weten elkaar te vinden bij klinische vraagstukken maar ook onderzoek wordt frequent gezamenlijk opgepakt. Jaarlijks leveren alle 7 centra hun data aan t.b.v. de patiënten registratie. Deze klinische data worden binnen Nederland jaarlijks geanalyseerd en met elkaar besproken. Hiermee zijn de verschillen tussen de centra duidelijk afgenomen en de kwaliteit van zorg verbeterd.

Wat speelt er momenteel in de 'CF wereld'?

De introductie van de CFTR modulatoren heeft het zorglandschap van CF de laatste jaren enorm veranderd. De meest effectieve CFTR modulator bestaat uit een combinatie van 3 medicijnen elexacaftor/tezacaftor en ivacaftor. Dit medicijn verbetert kortgezegd de werking van het CFTR eiwit en daardoor de werking van het choorkanaal. Behandeling met CFTR modulatoren is de eerste oorzakelijke therapie voor CF. Hiervoor bestond de behandeling uit symptoombestrijding.

Sinds de vergoeding van Kaftrio in januari 2022 voor mensen met een homozygote Phe508del mutatie en in mei 2022 voor mensen met tenminste 1 Phe508del mutatie (in

totaal ruim 90% van de Nederlandse CF populatie) is er voor zowel de patiënten als behandelaren veel veranderd. De gemiddelde longfunctiestijging in de registratie studies bedroeg ruim 13.5% maar ook het aantal exacerbaties nam af. Dit laatste is in de dagelijkse praktijk goed merkbaar. Waar voorheen de CF afdeling vol lag, liggen er nu gemiddeld 2-3 CF patiënten opgenomen. Als CF behandelaren hebben we te maken met een scala aan



nieuwe vraagstukken: hoe houdt je de expertise binnen het CF team op niveau met minder exacerbaties en opnames? Kunnen we het aantal controle bezoeken veilig reduceren? Kan de zorg wellicht ook op afstand? En hoe zorgen we dat onze patiënten gezond ouder worden. Ook voor patiënten is het zoeken...hoe herken ik een exacerbatie, kan ik mijn andere medicijnen misschien stoppen? Kan ik weer (meer) gaan werken of toch gaan studeren? Dit vergt nog meer dan eerder een goede samenwerking binnen het CF behandelteam maar zeker ook met de patiënt.

Helaas is deze nieuwe medicatie niet voor iedereen beschikbaar. Er zijn CF patiënten die de 'verkeerde' mutatie hebben waarvoor de triple therapie niet wordt vergoed terwijl we van meerdere mutaties inmiddels weten dat er wel effect op Kaftrio behandeling zou kunnen zijn. In de praktijk is dat altijd afwachten. Er zijn al een tijd gesprekken gaande tussen ZIN/VWS/NCFS/NVK en NVALT sectie CF, helaas nog zonder gewenste uitkomst. Onze hoop is dat we hier zo snel mogelijk uit komen. Deze 'wachtstand' leidt voor patiënten en behandelaren tot frustrerende situaties. Gelukkig zijn er onderzoeken gaande, o.a. met mRNA en gentherapie, die mogelijk ook voor deze groep patiënten een oplossing kunnen gaan bieden, maar zover zijn we nog niet.

Als je op de hoogte wil blijven van de ontwikkelingen binnen CF zijn er veel interessante bijeenkomsten door het jaar heen. In februari begint het jaar met de bijeenkomst van de werkgroep diagnostiek 'de ECFS-Diagnostic Network Working Group'; in maart/april is er de ECFS-Basic Science Conference, in april organiseren alle CF centra samen met de NCFS het Nederlandse CF symposium, in juni de ECFS Conference en in oktober/november de North American CF Conference. Verder zijn, door de overlap met bronchiectasieën en infectieziekten, de ECCMID en de World Bronchiectasis Conference interessant.

Zeker gezien de snelle veranderingen van het ziektebeeld met veel nieuwe vraagstukken zijn we altijd op zoek naar enthousiaste onderzoekers. Mocht je hiervoor interesse hebben of een verdiepingsstage willen volgen in infectieziekten en Cystic Fibrosis dan kun je uiteraard contact opnemen met één van ons.

Inez Bronsveld
Renske van der Meer

Voortgangstoets

Op 21 september vond tijdens het Najaarscongres de jaarlijkse Voortgangstoets plaats.

Nadien konden de AIOS aansluiten bij het congres. Leuk om elkaar daar met zoveel te zien! Hieronder staan vragen die tijdens de toets als moeilijk werden ervaren. Gelegenheid voor iedereen om erover na te denken en voor de AIOS om er evt. nog over na te discussiëren. De antwoorden staan op pagina 36 van deze PulmoScript.

1. De ademhaling kan gestimuleerd worden wanneer de samenstelling van het arteriële bloed veranderd. Combineer iedere verandering van arteriële bloedwaarden met de receptoren die hierdoor gestimuleerd worden. Per verandering kunnen dat meerdere receptoren zijn.

| | Centrale chemoreceptoren in de hersenstam | Perifere chemoreceptoren in de corpora carotica |
|-----------------------|---|---|
| Acute lactaat acidose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acute hypercapnie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acute hypoxemie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2. Welk volume wordt primair gemeten in de bodybox?

- A. De vitale capaciteit (VC)
- B. Het residuaalvolume (RV)
- C. De totale longcapaciteit (TLC)
- D. De functionele residuale capaciteit (FRC)

3. U ziet een patiënt met een primaire spontane pneumothorax. U bespreekt een tweetal behandelopties.

- 1. Conservatief (geen interventie)
- 2. Conventioneel middels het plaatsen van een thoraxdrain.

Welke stelling is onjuist?

- A. Conservatief behandelen bespaart een interventie tot ongeveer 50%
- B. Conservatief behandelen leidt tot een lager risico op een recidief ten opzichte van conventioneel behandelen
- C. Conservatief behandelen gaat gepaard met een lager risico op complicaties ten opzichte van conventioneel behandelen

4. Het voorkomen van resistente H. influenzae neemt toe. Bij welk antibioticum wordt het vaakst resistentie gezien. Sorteert van laag naar hoog.

- Amoxicilline clavulaanzuur
- Cotrimoxazol
- Doxycycline

Carrièrebeurs

De NVALT was op 30 september vertegenwoordigd de KNMG Carrièrebeurs. De 8ste editie trok 800 co-assistenten en basisartsen, die middels workshops en presentaties geïnformeerd werden over loopbaanmogelijkheden binnen en buiten het ziekenhuis. We waren als NVALT ook met een stand met informatie en twee enthousiaste AIOS vertegenwoordigd markt om toekomstige collega's te informeren en te enthousiasmeren over de opleiding tot longarts en over ons prachtige vak!

Duco Deenstra
Marloes Reurs



Commissieleden Groene Longarts

| | | |
|---------------------------|-------------------------|------------|
| Ilse Boudewijn | MCL | Voorzitter |
| Romkje Sietske Hospes | Nij Smellinghe Drachten | Secretaris |
| Janine Boes | RadboudUMC Nijmegen | |
| Ailko Bossink | Diakonessenhuis Utrecht | |
| Hanneke Coumou | Amsterdam UMC | |
| Joost Jansen | Ikazia Rotterdam | |
| Nilan Kathiravetpillai | LUMC | |
| Susan Kelder | SKB Winterswijk | |
| Bas van der Maat | Flevo Ziekenhuis | |
| Hans Jurgen Mager | Antonius Nieuwegein | |
| Lindy van Mourik | Amphia ziekenhuis Breda | |
| Romina Sluga | Groene Hart Ziekenhuis | |
| Lisanne Somers | Maastricht UMC | |
| Hester van der Vaart | UMCG | |
| Gerdien Veenendaal-Venema | Isala Zwolle | |



De Groene Longarts: een wervelende werkgroep

Romkje Sietske Hospes en Ilse Boudewijn zijn beiden opgeleid in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en nu werkzaam als longarts in respectievelijk het Nij Smellinghe ziekenhuis in Drachten en het Medisch Centrum Leeuwarden. Begin dit jaar trokken zij de stoute schoenen aan en richtten hun nieuwe werkgroep op: 'De Groene Longarts'. Een werkgroep met als speerpunt de verduurzaming van longgeneeskunde. We spraken erover met Ilse Boudewijn, voorzitter.

De 5 doelen van de Green Deal Duurzame Zorg zijn:

- Meer inzet op gezondheidsbevordering
- Het vergroten van bewustwording en kennis
- 55% minder directe CO2-uitstoot in 2030 en klimaatneutraal in 2050
- 50% minder primair grondstoffengebruik in 2030 ten opzichte van 2016 en maximaal circulaire zorg in 2050
- Het verminderen van de milieubelasting van medicatie(gebruik)

Hoe zijn jullie tot het idee van een werkgroep duurzaamheid gekomen?

In het UMCG was een 'green team OK' gericht op verduurzaming binnen het operatiecentrum. Voor het endoscopiecentrum waren deze initiatieven er echter nog niet, terwijl ook daar in onze ogen nog genoeg verbeteringen te behalen waren. Samen met enthousiastelingen van de MDL en urologie hebben we daarom als tegenhanger destijds de werkgroep 'green team endoscopiecentrum' opgezet en van daaruit ook binnen onze eigen afdeling 'green team longziekten'.

Wat zijn groene verbeteringen die jullie met het 'green team longziekten' in het UMCG zoal bereikt hebben?

Verbeteringen beginnen vaak met kleine veranderingen en bewustwording. Uiteindelijk hopen we met deze werkgroep anderen te kunnen enthousiasmeren om zelf aan de slag te gaan. Binnen het endoscopiecentrum hebben we bijvoorbeeld het gebruik van celstof matjes flink teruggedrongen (vaak is een handdoek ook toereikend). Een ander leuk initiatief binnen onze AIOS-groep was het vervangen van de papieren koffiebekers voor stenen exemplaren, persoonlijk versierd door de verschillende AIOS. Zo kreeg iedereen zijn eigen, gepersonaliseerde exemplaar. Daarnaast hebben verschillende leden van de afdeling Longziekten UMCG het ERS-congres met de trein bezocht in plaats van met het vliegtuig, zowel vorig jaar in Barcelona als afgelopen jaar in Milaan. Ook Wenen is volgend jaar prima

Wil je zelf gelijk aan de slag? Hierbij wat groene tips:

- Herbruikbare koffiebekers in plaats van karton
- Computer uit aan het eind van dag of dienst (vergeet je beeldscherm niet)
- Print alleen wanneer nodig
- Ruim je mailbox op, opslag kost veel CO2
- Gebruik minder celstof matjes op het endoscopiecentrum/afdeling
- Met de trein naar een congres

te bereizen met de trein. Ook wordt er twee keer per maand een mail op 'Duurzame Donderdag' verstuurd met handige tips om net iets duurzamer ons werk uit te kunnen voeren.

Hoe werd de stap gemaakt naar een landelijke werkgroep binnen de NVALT?

Via-via kwam ik terecht in een landelijke app-groep met duurzame initiatieven. Veel specialismen en sectoren waren vertegenwoordigd, maar voor longartsen bestond echter nog geen werkgroep. Daar komt bij dat het bestuur van de NVALT de Green Deal Duurzame Zorg heeft ondertekend. Een initiatief van de Rijksoverheid om de zorgsector duurzamer te maken. Dit houdt onder andere in dat gedurende de komende jaren duurzaamheid een onderdeel zal zijn van de nieuwe en herziene richtlijnen. Onze stap richting de NVALT kwam dus op het goede moment en ook vanuit de NVALT werd ons initiatief enthousiast ontvangen. Na het opstarten van de werkgroep hebben we door een enquête onder de NVALT-leden gemerkt dat het draagvlak voor dit onderwerp groot is: van de 206 respondenten gaf aan 85% duurzaamheid erg of heel erg belangrijk te vinden.

Wat hopen jullie over vijf jaar bereikt te hebben met deze werkgroep?

De Groene Longarts zet zich in voor het verminderen van de klimaatimpact van de longgeneeskundige zorg in Nederland. Onze doelen zijn kennis vergaren en bewustwording creëren over de klimaatimpact van de longgeneeskundige zorg en hiermee de NVALT-leden te enthousiasmeren te streven naar het leveren van duurzame zorg. Over 5 jaar hopen we dat ieder NVALT-lid deze 'groene handschoen' heeft opgepakt en klimaatbewuste keuzes onderdeel zijn van het dagelijks werk.

Wil jij ook ambassadeur worden of heb je een suggestie voor de werkgroep? Stuur dan een email naar: r.hospes@nijsmellinghe.nl

Richtlijn COPD

Op 31 augustus werd de nieuwe richtlijn COPD op de richtlijndatabase gepresenteerd.

De NVALT heeft, onder begeleiding van het Kennisinstituut, haar leden en andere betrokken stakeholders in 2019 de mogelijkheid gegeven om nieuwe onderwerpen voor de richtlijn COPD te benoemen. Deze onderwerpen zijn door de werkgroep geprioriteerd en een selectie is uitgewerkt. De nieuwe richtlijn kent een opbouw in modules. Daarnaast is geprobeerd de modules aan te sluiten bij reeds bestaande en beschikbare COPD-richtlijnen.

De inzichten rondom richtlijnontwikkeling zijn door de jaren heen veranderd. In het verleden was een richtlijn in de medisch specialistische zorg een omvattend document aangaande diagnostiek en behandeling, met voor elk onderwerp aanbevelingen voor medisch handelen. Het proces van richtlijnontwikkeling is echter complex, arbeidsintensief en de middelen voor uitvoering zijn beperkt. Om de beschikbare

middelen optimaal te gebruiken moet een verantwoorde keuze worden gemaakt en dit maakt prioritering belangrijk. Om een richtlijn zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de behoefte van de dagelijkse praktijk worden knelpunten geïnventariseerd en geanalyseerd. Het resultaat van een dergelijke analyse is een set vragen, waar de richtlijn een antwoord op geeft. Zodoende geven huidige richtlijnen aanbevelingen ten aanzien van klinische vragen, gebaseerd op knelpunten die in de praktijk in het zorgproces van de patiënt worden ervaren. Zaken die in de toekomst aandacht behoeven worden reeds in de huidige versie aangeduid als kennislacunes. Richtlijnen worden modulair onderhouden, waardoor alleen die onderdelen van de richtlijn worden herzien of toegevoegd waarvoor dat nodig.

De eerdere integrale richtlijn "Behandeling en diagnostiek van COPD" uit 2010 omvatte een groot aantal verschillende onderwerpen. In de huidige richtlijn is er voor gekozen een beperkt aantal onderwerpen uit te werken naar de huidige stand van zaken. De richtlijn is opgesteld door een multidisciplinaire

Richtlijn: meer aandacht voor stoppen met roken in de tweede lijn

Ik weet niet hoe het bij jullie is, maar ik word wel eens moe van weer een stop met roken verwijzing van mijn collega specialisten in het ziekenhuis. En wat denk je van de opmerking dat een patiënt met een hartinfarct of herseninfarct geen nicotine pleister mag, want dat is gevaarlijk. Nee, dan rijden we liever bij onthoudingsverschijnselen de patiënt even naar buiten om te roken, want dat is niet gevaarlijk? Stoppen met roken zorg moet iets worden van ons allemaal en het wordt tijd om de fabels die er nog zijn te ontcrachten, als dat kan.

Aan patiënten die worden opgenomen in het ziekenhuis wordt nog veel te weinig gevraagd of zij roken en of ze hulp willen bij stoppen met roken. Meer aandacht hiervoor is belangrijk, vanwege de negatieve effecten van roken op behandelingen en de algehele gezondheid. Daarom is de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning' uitgebreid met deze richtlijn waarin we het hebben over stoppen met roken in het ziekenhuis. Deze richtlijn is bestemd voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg in de tweede (en derde) lijn voor patiënten die roken. Na een invitationale conference in 2020 om knelpunten in de tweede lijn bij stoppen-met-rokencare te formuleren, is er een keuze gemaakt voor de in deze richtlijn opgenomen uitgangsvragen met vier patiëntengroepen. Het is belangrijk om aan te geven dat stoppen-met-rokencare voor alle patiënten in de tweede lijn, zowel klinisch als poliklinisch, toegankelijk en geregeld moet zijn. In de extra module 'Begeleiding van Stoppen met roken na ontslag' wordt deze zorg voor zowel de klinische als de poliklinische patiënt beschreven.

Deze richtlijn sluit zoveel mogelijk aan bij de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken

ondersteuning', addendum 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning bij zwangere vrouwen' en de 'Zorgstandaard Tabaksverslaving'. De zorgstandaard Tabaksverslaving beschrijft alle groepen patiënten. Om welke patiëntengroep gaat het? Het gaat om volwassen patiënten die roken en worden opgenomen in het ziekenhuis voor minimaal 1 nacht óf voor een electieve ingreep (inclusief dag-opname). Roken is gedefinieerd als dagelijks gebruik van 1 of meer (e-)sigaretten. Deze richtlijnmodules maken geen onderscheid tussen verschillende afdelingen in het ziekenhuis: alle afdelingen dienen te worden betrokken bij het stoppen-met-rokenbeleid.

In de richtlijn komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Stoppen met roken bij psychiatrische patiënten
- Nicotine vervangende therapie tijdens opname bij een cardiovasculair event
- Nicotine vervangende therapie tijdens opname bij een delier
- Stoppen met roken bij een perioperatief traject
- Begeleiding van stoppen met roken na ontslag

De richtlijn bevat aanbevelingen over hulp bij stoppen met roken bij opgenomen patiënten, maar ook bijvoorbeeld handvatten voor het gebruik van nicotine vervangende middelen tijdens de ziekenhuisopname (voor een delier of opname vanwege hart- en vaatziekten). Daarnaast is een module gewijd aan stoppen met roken tijdens het perioperatieve traject van patiënten die een operatie moeten ondergaan. Verder wordt aandacht besteed aan de organisatie van zorg bij een stoppen-met-rokentraject in het ziekenhuis en de verdere begeleiding van stoppen met roken na ontslag.

Zoals u wellicht al verwacht zijn er weinig RCT's uitgevoerd die aantonen dat de groep die gestopt is met roken het in de 2e lijn

groep vertegenwoordigers vanuit de longartsen, huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, longverpleegkundigen, het Longfonds en (1e-lijns) apothekers.

In deze nieuwe COPD richtlijn komen de volgende onderwerpen aan de orde:

1. Medicamenteuze behandeling bij COPD
 - 1.1. Gebruik van inhalatiecorticosteroiden (ICS) bij COPD
 - 1.2. Triple therapie in één versus in meerdere devices bij COPD
 - 1.3. Onderhoudsantibiotica bij COPD
 - 1.4. Poliklinische behandeling van een COPD-longaanval
 - 1.5. Biologicals bij COPD
2. Doorverwijzing van patiënten met COPD
 - 2.1. Fysiotherapie in de eerste lijn
 - 2.2. Tweede en derdelijns revalidatie bij COPD
 - 2.3. Voeding bij COPD
3. Aanvullende behandelingsmogelijkheden bij gevorderd COPD

- 3.1. Zuurstoftherapie bij COPD
- 3.2. Longvolumereductie
- 3.3. Chronische beademing bij COPD
4. COPD zelfmanagement
5. E-health

Kortom, in deze richtlijn is er voor gekozen een beperkt aantal onderwerpen uit te werken naar de huidige stand van zaken. De richtlijn geeft in modules antwoorden op knelpunten die momenteel in de praktijk in het zorgproces van de patiënt worden ervaren. Bovendien kunnen door deze aanpak nieuwe onderwerpen in de toekomst modulair worden toegevoegd waardoor de richtlijn zo goed mogelijk aan blijft sluiten bij de behoefte van de dagelijkse praktijk!

*Namens de werkgroep,
Folkert Brijker, voorzitter*



beter doet dan de groep die niet stopt met roken. Belangrijk is echter dat het omgekeerde ook als argument gebruikt kan worden. Alle onderzoeksvragen die uitgediept zijn laten zien dat er geen patiëntengroep is bij wie het gecontra-indiceerd is om nicotine vervangende middelen aan te bieden als hulp bij stoppen met roken in het ziekenhuis.

Een ander belangrijk punt uit de richtlijn is dat we een module hebben gemaakt om de stoppen-met-roken-begeleiding na het ontslag te continueren. Het is belangrijk dat elk ziekenhuis aan de slag gaat om deze zorg voor zowel de poliklinische als de klinische patiënt goed te organiseren.

Tijdgebrek wordt vaak genoemd door zorgverleners als argument dat ze stoppen met roken niet bespreken. Uiteraard heeft motivational interviewing de voorkeur als gesprekstechniek om stoppen met roken te bespreken. Indien men hierin niet bekwaam is, of je ervaart drempels om stoppen met roken te bespreken, dan kan een goed hulpmiddel het Very Brief advice + zijn (VBA+). De + staat voor een warme overdracht naar iemand die de stoppen-met-roken-begeleiding gaat uitvoeren. Dus alleen een folder meegeven is niet effectief. Het VBA + kost zeer weinig tijd en is effectief. Tegelijk met het uitkomen deze richtlijn is er een handboek verschenen met beschrijvingen van meerdere best practices over hoe je stoppen-met-roken-zorg kunt organiseren in de tweede lijn. Dus met deze twee documenten kan een ieder aan de slag!

Het bijzondere wat ik zelf mocht mee maken met deze richtlijn is dat de corona pandemie voor vele uitdagingen gezorgd heeft. Niet alleen door de drukte bij de longartsen, en zo bij de voorzitter van de deze richtlijn, maar vooral ook door het digitaal vergaderen. Het heeft dan ook wat langer geduurd. Dankzij de inzet en bevoegenheid van de werkgroepleden van verschillende

specialismen heeft deze richtlijn een breed draagvlak en spreekt hopelijk dus ook allerlei verschillende zorgverleners aan om er mee aan de slag te gaan.

Stoppen-met-roken-zorg is niet alleen een taak voor de longartsen. Het is een zorg die elke zorgverlener moet geven. Dus bekwaam je in ieder geval in het VBA + .

Zorg voor een goede organisatie van de stoppen-met-roken-zorg, binnen of buiten je ziekenhuis en biedt stoppen-met-roken-zorg aan elke patiënt en/of partner.

Tot slot wil ik mijn dank uitspreken voor de hulp die ik ontvangen heb vanuit het Kennisinstituut. Zonder de hulp van Bernardine Stegeman , Nicole Verheijen en alle leden van de werkgroep was het document er niet gekomen.

*Chantal Kroese – Bovée
Longarts Ikazia ziekenhuis Rotterdam*

Samenwerking

De richtlijnmodules zijn ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), in samenwerking met vertegenwoordigers vanuit de cardiologen (NVVC), internisten (NIV), gynaecologen (NVOG), kno-artsen (NVKNO), chirurgen (NVVH), psychiaters (NVvP), verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN) en het Longfonds. Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten heeft het traject begeleid. Financiering is afkomstig van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Bekijk de richtlijn Tabaksontmoediging in het ziekenhuis op de Richtlijndatabase.

Programma Studiedagen VvAwT 2024

Thema's: Klinische casuïstiek, epidemiologie, behandelingsresultaten en diagnostiek.
Datum: Donderdag 11 en vrijdag 12 januari 2024
Locatie: Fletcher Hotel, Stichtse Rotonde 11, 3818 GV Amersfoort
Doelgroep: Artsen Maatschappij en Gezondheid werkzaam in de tuberculosebestrijding en longartsen in Nederland en België
Accreditatie: ABSG (www.absg.nl) 10 punten, NVALT (www.nvalt.nl) 10 punten

Algemene leerdoelen

De deelnemers zijn op de hoogte van de geëvalueerde resultaten en effectiviteit van bron- en contactonderzoek. De deelnemers hebben kennisgenomen van factoren die leiden tot verlengde behandeling van tuberculose. Tevens hebben zij kennisgenomen van de toepassingsmogelijkheden van PET-scan voor de diagnostiek van infectieziekten. De deelnemers zullen kennis krijgen over de behandelresultaten van tuberculose bij ongedocumenteerden. De deelnemers vergaren kennis over de factoren die die hoogte van de IGRA-titers beïnvloeden.

Methodiek: Bijeenkomst met lezingen en discussie.

Inlichtingen over deelname en logistiek

Congresorganisatie Commissie Nascholing VvAwT
Mw. J. Huisman - van Berkel
Telefoon: 06 – 51 79 34 57
e-mail: van.berkel.cons@upcmail.nl

Programma

Donderdag 11 januari 2024

12.30 - 13.15 uur

Lunch voor deelnemers Algemene ledenvergadering VvAwT

13.15 – 14.45 uur

Algemene ledenvergadering VvAwT

14.45 - 15.15 uur

Pauze/Registratie

Voorzitter: Wim Stoop

Thema: Public health

15.15 - 15.45 uur

Developments in global TB control
Dr. Mustapha Gidado, directeur KNCV Tuberculosefonds

15.45 - 16.30 uur

Added value of interferon-gamma release assays in screening for tuberculous infection in the Netherlands and TB development among TST+ and IGRA- persons.
Dr. Connie Erkens, KNCV Tuberculosefonds

16.30 - 16.45 uur

Discussion: Do we miss persons with TB using 2-step screening approach?

16.45 - 17.15 uur

Pauze met snack.

17.15 – 18.00 uur

Effectiveness of source and contact investigation in Netherlands.
Dr. Ineke Spruijt, onderzoeker KNCV Tuberculosefonds

18.10 – 18.30 uur

Discussion: Did the adjusted guideline improve practice?

18.30 – 18.40 uur

Evaluatie/Afsluiting

18.40 - 19.45 uur

Borrel

20.00 uur

Diner



Programma

Vrijdag 12 januari 2024

Thema: Casuïstiek met verdieping en behandeling tuberculose
Ochtend voorzitter: Nelleke Koedoot

09.00 – 09.30 uur

Registratie

09.30 – 10.05 uur

Developments in global TB control.
Casus presentatie met verdieping door consulent voor klinische tuberculose
O. Akkerman, longarts UMCG
20 min. casuspresentatie, 10 min. verdieping,
5 min. discussie

10.05 – 10.40 uur

Casus presentatie met verdieping door consulent voor klinische tuberculose
Wouter Hoefsloot, longarts Radboud UMC
20 min. casuspresentatie, 10 min. verdieping,
5 min. Discussie

10.40 – 11.00 uur

Koffie/theepauze

11.00 – 11.35 uur

Casus presentatie met verdieping door consulent voor klinische tuberculose
Wouter Hoefsloot, longarts Radboud UMC
20 min. casus presentatie, 10 min. verdieping,
5 min. discussie

11.35 – 12.10 uur

Casus presentatie met verdieping door consulent voor klinische tuberculose
Yvette de Reus, longarts UMCG
20 min. casus presentatie, 10 min. verdieping,
5 min. Discussie

12.10 – 13.10 uur

Lunch

Thema: Diagnostiek en behandeling

Middag voorzitter: Agnes Gebhard

13.10 – 13.40 uur

Comparing delivery of TB diagnosis and care among documented and undocumented migrants
Dr. Ineke Spruijt, onderzoeker KNCV Tuberculosefonds

13.40 – 14.10 uur

Predictors of prolonged TB treatment in a Dutch outpatient setting.
Dr. Natasha van' t Boveneind-Vrubleuskaya, arts tuberculosebestrijding,
GGD Haaglanden.

14.10 – 14.25 uur

Koffie/theepauze

14.25 – 15.15 uur

FDG PET scan en CT toepassingen bij infectieziekten.
Prof. Dr. Emile Comans, bijzonder hoogleraar Nucleaire Geneeskunde
Amsterdam UMC.

15.15 - 15.45 uur

Factors that influence the interferon-gamma (IFN- γ) release assay (IGRA) in the detection of tuberculosis infection (TBI) within the Netherlands.
Dr. Peter Kouw, arts tuberculosebestrijding GGD Amsterdam.

15.45 – 16.00 uur

Plenaire afsluiting

16.00 – 17.00 uur

Borrel



EGFR exon-20 insertie detectie bij niet-kleincellig longcarcinoom

Samenvatting van het cieBOD-advies

Inleiding

Patiënten met stadium IIIb/IV niet-kleincellig longcarcinoom met een epidermale groeifactorreceptor (EGFR) mutatie komen in aanmerking voor behandeling met o.a. tyrosine kinase remmers (TKI's). In ~10% van de tumoren met EGFR mutaties is er sprake van een exon-20 insertie mutatie. (1–3) In deze groep patiënten is de behandeling met TKI's minder effectief gebleken. Amivantamab geeft een relevant klinisch voordeel bij deze patiënten (4). Voor de behandeling van NSCLC patiënten met Amivantamab is het daarom essentieel dat EGFR exon-20 insertie mutaties betrouwbaar worden gedetecteerd. Daarom worden in dit advies de randvoorwaarden voor betrouwbare detectie van EGFR exon-20 inserties bij stadium IIIb/IV niet-kleincellig longcarcinoom beschreven.

Methodiek

Binnen de Nederlandse pathologie laboratoria worden veelal verschillende (NGS-gebaseerde) testen gebruikt voor de detectie van EGFR mutaties in exon-20. Deze testen zijn vaak vrij specifiek en worden frequent geüpdatet of aangepast door de laboratoria. Systematisch literatuuronderzoek is daarom niet zinvol, aangezien literatuur over specifieke testen (kits) vaak ontbreekt of verouderd is. Er is daarom besloten om geen systematisch vergelijkend literatuuronderzoek te verrichten, maar een aantal recente publicaties te beschouwen en de Nederlandse praktijk te inventariseren.

Conclusie van literatuuronderzoek en inventarisatie Nederlandse situatie

Bij behandeling van NSCLC met EGFR exon-20 inserties gaat het specifiek om insertie mutaties binnen de regio van aminozuren 762-775 in EGFR. Uit internationale studies en databases blijkt dat de positie en frequentie van de mutaties erg variabel zijn. Er zijn in deze databases >200 unieke EGFR exon-20 insertie mutaties gerapporteerd, maar op basis van het aantal unieke mutaties betreft dit waarschijnlijk een onderrepresentatie van het aantal potentiële mutaties. Testen die specifiek EGFR (exon-20) mutaties detecteren, zijn vaak beperkt in het aantal en type mutaties dat gedetecteerd kan worden. Drie voorbeelden van dit soort testen die op de Nederlandse markt gebruikt worden zijn de Idylla EGFR mutation Test, de Therascreen EGFR RGQ PCR kit en de COBAS EGFR Mutation Test v2. Volgens de productspecificaties van de leveranciers (dd 10-08-2023) kunnen met de Idylla test vijf en met de Therascreen test twee specifieke insertie mutaties in EGFR exon-20 worden aangetoond. Voor de COBAS test wordt dat niet duidelijk gespecificeerd. Uit recente literatuur blijkt dat bovengenoemde EGFR-specifieke testen suboptimaal zijn voor het detecteren van EGFR exon-20 mutaties. Afhankelijk van de specifieke test kunnen maar 10-60% van de gerapporteerde EGFR exon-

20 insertie mutaties met deze tests gedetecteerd worden. Alle publicaties komen dan ook tot dezelfde conclusie: de mogelijkheid van specifieke EGFR testen om EGFR exon-20 inserties te identificeren is beperkt. NGS is geschikter om patiënten te identificeren die waarschijnlijk baat zouden hebben bij therapieën gericht op EGFR exon-20 insertie mutaties.

De meeste Nederlandse laboratoria gebruiken al voornamelijk NGS-gebaseerde assays om mutaties in EGFR aan te tonen. Op de PALGA website (<https://www.palga.nl/professionals/moleculaire-bepaling.html>) is voor een gedeelte van de Nederlandse laboratoria te vinden welke testen er worden gebruikt en welke genen/regio's worden geanalyseerd. Deze inventarisatie laat zeker niet het volledige beeld zien, maar geeft goed weer hoe divers het testaanbod is voor de Nederlandse situatie. Hoewel op basis van deze website niet alle technische informatie kan worden achterhaald en niet altijd up-to-date is, kan wel een inschatting worden gemaakt of de relevante posities voor EGFR exon-20 insertie mutaties (AA 762-775) worden geanalyseerd.

Uit bovenstaande, beperkte, inventarisatie blijkt dat niet alle NGS testen de relevante regio van EGFR exon-20 (AA 762-775) per definitie volledig analyseren. Hierdoor kunnen exon-20 insertie mutaties worden gemist. Daarmee blijft het dus van belang dat de individuele laboratoria kritisch hun (NGS) testen evalueren en valideren voor de detectie van (zeldzame) EGFR exon-20 insertie mutaties.

Efficiënt gebruik van weefsel

Voor NSCLC moeten meerdere targets worden geanalyseerd (o.a. EGFR, HER2, KRAS, BRAF, ROS, ALK, NRG1 en NTRK1/2/3, en MET exon 14-skipping).

Voor de moleculaire diagnostiek van gemetastaseerd longkanker wordt tumormateriaal over het algemeen verkregen via transthoracale naaldbiopsien of bronchusbiopsien waarbij de hoeveelheid tumorweefsel vaak beperkt is. Daarom is de combinatie van DNA/RNA NGS analyse versus een tragsgewijze analyse van single-gene methoden een efficiëntere manier om te gaan met het beperkte tumorweefsel.

Waarden en voorkeuren van patiënten

De patiëntenverenigingen zijn van mening dat er getest moeten worden voor alle targets waarvoor doelgerichte therapie beschikbaar is, inclusief voor klinische studies. De verenigingen geven aan dat doorlooptijden erg belangrijk zijn en dat het wachten op de volledige uitslag van moleculaire NGS-testen bijna altijd mogelijk en daarmee wenselijk is. Een completer beeld geeft een grotere kans op de best passende behandeling. Wanneer de arts het doel van het testen uitlegt, zal de patiënt begrijpen waarom de behandeling niet meteen kan starten als het beeld niet

Samenvatting cieBOD advies: EGFR exon-20 insertie detectie bij patiënten met stadium IIIb/IV NSCLC

| | |
|--|---|
| Conclusie wetenschappelijke literatuur (per test) | Niet van toepassing |
| Betrouwbaarheid bewijs | Expert opinion |
| Efficiënt gebruik van weefsel | Voordeel voor DNA-NGS wegens efficiënter gebruik van weefsel |
| Waarden en voorkeuren van patiënten (op indicatie) | Voordeel voor DNA-NGS wegens completere uitslag |
| Kosten | Voordeel voor DNA-NGS wegens gemiddeld lagere kosten |
| Doorlooptijd | Voordeel voor DNA-NGS wegens gemiddeld kortere doorlooptijd |
| Plaatsbepaling | Voordeel voor DNA-NGS wegens detecteren meerdere genetische afwijkingen bij NSCLC (zie LKMNT) |
| Haalbaarheid en implementatie | Voordeel voor DNA-NGS wegens organisatorische voordelen |
| Rol van erfelijke aanleg | Niet relevant |

Aanbevelingen:

- Gebruik DNA-NGS voor het testen op EGFR exon-20 mutaties bij stadium IIIb/IV NSCLC voor zowel analyse op tumorweefsel als op cfDNA .
- Controleer of het NGS panel inserties in de regio AA 762-775 kan detecteren, aangezien niet alle NGS panels alle mogelijke EGFR exon-20 inserties kunnen detecteren.
- Evalueer daarbij de dekking van het panel, de calling en filtering van de varianten door de analysesoftware.
- Analyseer EGFR exon-20 mutaties bij stadium IIIb/IV NSCLC alleen in dezelfde NGS-test waarin tenminste ook de analyse van de overige targets die moeten worden gedetecteerd middels DNA-NGS (volgens de actuele lijst minimaal klinisch noodzakelijke targets*).
- Bespreek patiënten met stadium IIIb/IV NSCLC en een positieve test voor EGFR exon-20 mutatie gezien de zeldzaamheid in een regionale moleculaire tumorboard, zonder dat dit leidt tot een langere doorlooptijd anders dan voor niet-zeldzame afwijking.
- Op de PALGA website kunnen individuele pathologie laboratoria de test-specificaties van de door hun aangeboden moleculaire testen publiceren. Wij adviseren de laboratoria daar gebruik van te maken, zodat het voor externe zorgverleners duidelijk is wat op verschillende locaties getest wordt.

* De lijst minimaal klinisch noodzakelijke targets (LMKNT versie 2023-1) is te vinden op de website van de NVALT (www.nvalt.nl/vereniging/belangrijke-documenten)

compleet is. Daarom hebben patiëntenverenigingen voorkeur voor brede en complete analyse in één keer, boven trapsgewijze single -gene testen waarvan de detectie van EGFR exon-20 inserties er een is.

Kosten (middelenbeslag)

Uit literatuuronderzoek blijkt dat de mogelijkheid van specifieke testen om EGFR exon-20 inserties te identificeren beperkt is (~10-60% van de mutaties kan worden gedetecteerd). NGS is geschikter om patiënten te identificeren die waarschijnlijk baat zouden hebben bij therapieën gericht op EGFR exon-20 insertie mutaties. Daarnaast is de aanbeveling in de huidige richtlijn niet-kleincellig longcarcinoom is om ook andere mutaties in EGFR en een scala aan andere genen te analyseren. Hierdoor is een DNA-gebaseerde NGS-test efficiënter.

Doorlooptijd

Een recente kosteneffectiviteitsanalyse laat zien dat NGS-

gebaseerd parallel-analyse voor de huidige 13 predictieve markers gemiddeld een kortere doorlooptijd heeft dan trapsgewijze analyse van verschillende single-gene methoden. De kans dat de maximale doorlooptijd van drie weken voor het diagnostisch traject (SONCOS) voor alle patiënten gehaald wordt met de NGS-analyse is groter dan wanneer er een getrapte analyse wordt ingezet.

Plaatsbepaling, haalbaarheid en implementatie

Zoals hierboven aangegeven zijn trapsgewijze EGFR-specifieke testen suboptimaal voor het aantonen van EGFR exon-20 insertie mutaties, leiden die tot een lange(re) doorlooptijd en is dit kosten-inefficiënt. Gezien deze overwegingen is het advies om de predictieve analyse met NGS-technieken uit te voeren.

Bron: dit is een samenvatting van het cieBOD advies; het volledige advies met referenties is te vinden op www.pathology.nl/ciebod



Opleiding in de kijker

Amphia Ziekenhuis

Breda, de Parel van het Zuiden: bourgondisch en eigentijds!

In deze meer dan 750 jaar oude West-Brabantse stad, met ongeveer 186.000 inwoners, bevindt zich het Amphia. Het Amphia kent een lange geschiedenis en is ontstaan uit totaal elf gasthuizen, gestichten en klinieken in verschillende plaatsen; Breda, Oosterhout, Geertruidenberg, Raamsdonksveer, Etten-Leur en Dongen. Wat begon met opvang voor arme zieken heeft zich in 200 jaar ontwikkeld tot één van de grootste algemene ziekenhuizen van Nederland.

Het Amphia heeft verschillende locaties, waarbij de locatie Molengracht in Breda de hoofdlocatie is. Sinds 2019 wordt hier de zorg geleverd in een prachtig nieuw ziekenhuis. Tevens zijn er locaties in Oosterhout en Etten-Leur.

De longafdeling is verdeeld in een afdeling longoncologie, algemene longgeneeskunde (met NIV) en een acute opname afdeling (AOA), welke gedeeld wordt met meerdere beschouwende specialismen. Het Amphia heeft voor 17 functies een topklinische status gekregen. Twee hiervan, het slaapcentrum en longoncologie/immunotherapie, worden door de longafdeling uitgevoerd. Tevens is het Amphia een behandelcentrum voor longfibrose en beschikken we over een astma/COPD expertisecentrum.

Ook aan interventies is er geen gebrek! Naast de reguliere puncties, drains en bronchoscopieën is er ruimte je te bekwamen in EUS/EBUS en CT-geleide puncties. Met een regionale verwijfsfunctie worden er jaarlijks zo'n 30-50 interventies gedaan middels starre bronchoscopie (o.a. debulking, stentplaatsing, argonplasma coagulatie, cryo-biopsie) en er is een speciale behandelkamer waar thoracoscopieën verricht worden. Tevens wordt er hard gewerkt aan de introductie van navigatie bronchoscopieën.

De opleiding tot longarts bestaat sinds 2007 en samen met bovenstaande illustreert het de diversiteit aan pathologie en interventies waaraan je tijdens je opleiding blootgesteld wordt. Ook is er de mogelijkheid om je op wetenschappelijk vlak te ontwikkelen middels het doen van onderzoek of zelfs een promotie-traject.

Momenteel bestaat de groep uit 11 longartsen, 1 fellow, 20 arts-assistenten (14 AIOS, 2 Belgische AIOS, 4 ANIOS) en een verpleegkundig specialist. Ook is er vaak een AIOS vanuit de interne geneeskunde en een AIOS uit het Erasmus MC werkzaam. Er is een uitgebreid onderwijsprogramma, zowel lokaal als regionaal, met onder andere onderwijs via videoverbinding en leerzame (en gezellige) refereeravonden. De 'voorjaarsrefereeravond' in Breda met, bijna altijd, asperges op het menu is uiteraard favoriet!

Ondanks de soms drukke dagen en een volle SEH is de sfeer altijd goed. Er wordt door zowel longartsen als arts-assistenten als één team samengewerkt, de supervisie is laagdrempelig bereikbaar en er is een hechte en diverse arts-assistentengroep. Dit, in combinatie met een flinke dosis humor, zorgt ervoor dat wij plezier in ons werk blijven houden en elkaar kunnen blijven motiveren en inspireren. Met de Amandelbloesem van Van Gogh aan de muur schijnt binnen in ieder geval altijd de zon!

Na werk is er natuurlijk tijd voor ontspanning. Met enige regelmaat wordt er gezamenlijk gegeten of geborreld, jaarlijks is er een barbecue bij een van de longartsen thuis en er vinden regelmatig sportieve activiteiten zoals roeien, hardlopen en wielrennen plaats. Recentelijk werd er op de Longdag, een dag voor iedereen die werkzaam is binnen de divisie longgeneeskunde, nog fanatiek gezeild.

Het absolute hoogtepunt is toch wel het tweejaarlijkse weekendje weg naar een Europese stad, waarbij het bourgondische hoog in het vaandel staat!

Concluderend is het Amphia een prachtige plek om de opleiding tot longarts te volgen!



Jonge klare in de kijker

| | |
|-------------------------------|---|
| Naam: | Sanne Lievens |
| Geboortedatum: | 26 februari 1985 |
| Opleiding geneeskunde: | Bachelor en master moleculaire wetenschappen 2003-2007 Universiteit Maastricht gevolgd door de master arts-klinisch onderzoeker Universiteit Maastricht/MUMC 2007-2011 |
| Opleidingskliniek: | Promotieonderzoek Erasmus MC, opleiding tot longarts Amphia ziekenhuis met academische stage Erasmus MC |
| Werkt nu in: | Amphia, Breda |

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

Jazeker. Toen ik klaar was met de geneeskunde opleiding wist ik nog niet zo goed wat ik wilde en was ik initieel voornamelijk gericht op het doen van onderzoek. Ik heb toen eerst een half jaar als ANIOS op de Intensive Care gewerkt om ervaring op te doen maar ik had al wel interesse in de longziekten. Vervolgens heb ik 4 jaar met veel plezier translationeel promotieonderzoek gedaan voordat ik aan de opleiding tot longarts ben begonnen. Hoe verder ik kwam in de opleiding des te leuker ik het vond en ik kijk met veel plezier terug op mijn opleidingstijd. Het waren intensieve jaren waarin ik ook drie kinderen heb gekregen maar ik ben steeds met veel plezier naar mijn werk gegaan. Dat is met name te danken aan de fijne collega arts-assistenten en opleidingsgroep van longartsen die ik om me heen heb gehad in het Amphia. Inmiddels maak ik als longarts deel uit van de vakgroep in het Amphia en daar ben ik dan ook heel erg blij mee. Het werk als longarts bevalt me nog beter dan als arts-assistent, het is fijn om de rust te hebben van een vaste plek en vorm te geven aan hoe je zelf het vak uit wil oefenen.

Wat is je aandachtsgebied en hoe ben je daarachter gekomen?

Mijn aandachtsgebied is oncologie. Al tijdens de geneeskundeopleiding vond ik oncologie inhoudelijk interessant en ik ben ook gepromoveerd op immunotherapie bij mesothelioom. De vele ontwikkelingen die er zijn maken het vind ik een inhoudelijk uitdagend aandachtsgebied.

Naast dat de biologische kant van de oncologie me boeit haal ik ook veel voldoening uit de dagelijkse zorg voor patiënten met een oncologische longziekte. Er staat veel op het spel waardoor je snel wezenlijke gesprekken met patiënten voert en ik vind het eervol om patiënten zo goed mogelijk te begeleiden gedurende zo'n intensief traject.

Hoewel er gelukkig veel ontwikkelingen zijn op het gebied van de behandeling van longkanker, is voor een significant deel van de patiënten die ik zie deze behandeling palliatief. Dit heeft mijn interesse voor de palliatieve zorg gewekt en samen met een collega longarts maak ik ook deel uit van het transmuraal palliatief team van het Amphia ziekenhuis als mooie aanvulling op de dagelijkse praktijk.

Verder zijn de verrichtingen natuurlijk een heel leuk onderdeel van het werk als longarts en op de behandelkamer doe ik ook de EUS/EBUS. Dit vind ik een hele leuke toevoeging aan mijn werk en het sluit mooi aan bij mijn aandachtsgebied.



Hoewel de oncologie een groot deel uitmaakt van mijn werkzaamheden als longarts belev ik ook veel plezier aan de algemene longziekten en doe ik wekelijks ook algemeen spreekuur. Het bevalt me heel goed om in een centrum te kunnen werken waar ik de longziekten zowel specialistisch als breed kan beoefenen.

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

Toen ik begon als assistent op de Intensive Care had ik nog geen duidelijk omlijnd plan behalve dat ik graag onderzoek wilde doen en dat ik wel interesse had in de longziekten. Ik ben toen een keer gaan praten met Joachim Aerts, toen nog longarts in het Amphia en inmiddels afdelingshoofd in het Erasmus MC, en dat heeft mijn carrière wel in een stroomversnelling gebracht. Hij heeft me de kans gegeven om te promoveren in zijn onderzoeksgroep en daarna in opleiding te gaan tot longarts

in Breda. In mijn opleidingstijd zijn veel mensen belangrijk geweest, van collega assistenten tot longartsen die in allerlei hoedanigheden als rolmodel hebben gefungeerd. Gedurende de opleiding neem je zo van veel verschillende mensen dingen mee die passen bij je eigen stijl als longarts. Ook mijn vooropleider Joost van Esser is belangrijk voor me geweest. Toen ik in de kliniek begon na een aantal jaar onderzoek heb ik initieel wel getwijfeld of ik mijn draai zou gaan vinden in het ziekenhuis en met hem kon ik daar heel goed over praten zonder dat hij daar een oordeel over had. Verder heb ik me door mijn opleider Marco Grootenboers en alle andere leden van de opleidingsgroep altijd gesteund en gewaardeerd gevoeld. Zeker ook in de laatste fase van mijn opleiding hebben meerdere longartsen in het Amphia zich nauw betrokken getoond bij mijn vervolgstappen en dit is bepalend geweest voor mijn carrière.

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

Zelf heb ik het geluk gehad dat ik direct vanuit de opleiding kon toetreden tot de vakgroep longziekten in het Amphia. Een hele leuke club waar een goede balans is tussen werken en ook gezelligheid onderling. Dat we daarnaast arts-assistenten opleiden tot longarts vind ik een groot pluspunt. De jonge klaren die ik mij voor heb zien gaan zijn ook allemaal goed terecht gekomen op een vaste plek, al dan niet na een tijdelijke baan als chef of fellow. Gelukkig zijn vraag en aanbod voor jonge longartsen volgens mij momenteel vrij goed in balans en ik verwacht niet dat dit op korte termijn zal veranderen.

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

In de laatste fase van mijn opleiding heb ik een supervisiestage gedaan waarbij ik al wat heb kunnen wennen aan het superviseren van de afdeling en het doen van achterwacht in de dienst. Er was dan altijd nog een longarts tweede achterwacht. Dit vond ik heel prettig maar het blijft denk ik altijd een overgang om echt zelfstandig beslissingen te nemen. Gelukkig is de sfeer bij ons heel open en wordt er veel onderling overlegd, ook door de ervaren longartsen. Dus bij twijfel loop ik bij een collega binnen. Tegelijkertijd is het ook leuk om de dingen steeds meer op je eigen manier te gaan doen en om te merken dat je kan vertrouwen op de bagage die je tijdens je opleidingsjaren hebt meegekregen.

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

Allereerst wil ik een goede longarts zijn. Ik wil dat patiënten die bij mij op het spreekuur komen er op kunnen vertrouwen dat ze een scherpe analyse en gedegen advies krijgen met betrekking tot hun probleem en zich gehoord voelen. Daarnaast zijn mijn aandachtspunten voor de komende jaren wetenschap en palliatieve zorg. We doen met onze vakgroep veel aan wetenschap en ik wil daar graag mijn bijdrage aan leveren door het aantrekken en coördineren van studies binnen



de longoncologie en hopelijk ook het uitvoeren van eigen onderzoek. Daarnaast staat de cursus palliatieve zorg voor de medisch specialist op de planning.

Hoe combineer je je werk met je gezinsleven?

Met veel hulp. Allebei een drukke baan en drie kleine kinderen vergt veel organisatie. Gelukkig hebben we een fijne opvang vlakbij en een lieve opa en oma die heel veel doen. Daardoor en omdat mijn partner een flexibelere baan heeft, heb ik de ruimte om mijn werk te kunnen doen. Wat niet wegneemt dat het toch voor blijft komen dat je het gevoel hebt zowel thuis als op je werk tekort te schieten. Ik denk dat dat ook wel inherent is aan deze levensfase. Mij helpt het om prioriteiten te stellen die dan de ene keer kunnen liggen bij het je kind naar school brengen en de andere keer bij een overleg na de middagoverdracht. Het is denk ik het belangrijkste dat je zelfcontrole houdt over die balans en dat je ook in een omgeving werkt waarin dat kan. .

Heb jij adviezen voor beginnende arts-assistenten?

Zoek voor jezelf uit waar je het meeste plezier aan beleeft gedurende je werkdag en probeer dat deel van je werk regelmatig op te zoeken. Vergelijk jezelf niet met je collega's, iedereen heeft een ander pad en een eigen stijl. Ben niet bang om ambitieus te zijn en zelf richting te geven aan je opleiding. Zorg dat je iedere dag even koffie drinkt of luncht met je collega AIOS.

Histopathological aspects of resected non-small cell lung cancer

Samenvatting proefschrift Hans Blaauwgeers

Vrije Universiteit Amsterdam, 10 oktober 2023

Promotor: Prof. dr. E. Bloemena

In dit proefschrift worden 3 aspecten in longresecties met een niet-kleincellig carcinoom onderzocht, aspecten die relevant zijn voor diagnose, prognose en stadiering. Er is gekeken naar het pathologische respons-effect na neoadjuvante therapie en validatie van de veranderingen bij de transitie van TNM-7 naar TNM-8 voor T3N0 tumoren in de Nederlandse populatie.

Ten tweede is onderzoek gedaan naar het fenomeen van Spread Through Air Spaces (STAS) met de hypothese dat dit fenomeen mogelijk een artefact, eerder dan een vorm van invasieve groei is, zoals benoemd in de 2015 versie van de WHO-classificatie.

En ten derde is geprobeerd diagnostische criteria te verfijnen die kunnen helpen bij het onderscheid tussen invasie en niet-invasie bij het niet-mucineuze adenocarcinoom, waarbij er met name gekeken is naar het effect van collaps op de morfologie van tumoren.

Deel I beschrijft dat een complete pathologische respons bij patiënten met een sulcus superior tumor die geopereerd zijn na chemoradiotherapie, geassocieerd is met een gunstiger prognose. Ook patiënten met een bijna complete response (< 10% tumorrest) hadden een significant betere overleving. Deze grens van minder dan 10% vitale tumor, wordt heden ten dage als een criterium voor 'major pathologic response' (MPR) benoemd. Van aanvullende morfologische prognostische kenmerken bleek een lage proliferatie (MIB-1)-expressie geassocieerd met een verbeterde RFS en OS, terwijl een hoge PD-L1-expressie een slechtere overleving voorspelt. Kerngrootte was niet voorspellend.

In een landelijk studie van 683 patiënten met een T3N0 NSCLC gaven de 3- en 5-jaars OS-percentages voor de subgroep met een tumordiameter groter dan 7 cm geen steun voor de verplaatsing van deze groep naar de categorie pT4.

Voor het subtype met twee of meer nodules waren de 3- en 5-jaars OS-percentages voor patiënten met adenocarcinoom vergelijkbaar met die voor de pT2 categorie.

De TNM-indeling hanteert echter alleen anatomische lokalisa-



Trotse promovendus samen met zijn eveneens trotse tweelingdochters als paranimfen.

ties in de classificatie. Mogelijk levert uitbreiding met andere kenmerken een verdere verfijning van de prognostische indeling op.

Deel II richt zich op het fenomeen Spread Through Air Spaces (STAS).

Dit zou een van de histopathologische artefacten gerelateerd aan weefselbehandeling bij de pathologie kunnen zijn.

In een prospectieve multicenterstudie wordt aannemelijk gemaakt dat STAS een induceerbaar verschijnsel is. In 44 resectiepreparaten werden meer losse tumorcellen en/of celclusters geteld in de coupes, nadat er 2 keer door de tumor was gesneden, zonder het mes schoon te maken. Daarbij werden er ook cellen in de alveoli aangetroffen afkomstig van o.a. (benigne) bronchusepitheel.

De suggestie van artefact wordt gesteund door een aanvullend onderzoek waarbij is gekeken naar de aanwezigheid van tumoren andere cellen in takken van de arteria pulmonalis, als ook bij kritische beoordeling van de literatuur in de andere hoofdstukken van deel II, waaronder het CON-deel van een Pro-Con-editorial.

In deel III ligt de nadruk op (iatrogene) collaps als een mogelijke valkuil bij de beoordeling van invasie in kleine adenocarcinomen. De morfologische kenmerken van iatrogene en biologische gecolabeerde AIS worden beschreven en getoetst in een proof of principle studie en daarna in 2 cohorten van in totaal 70 casus, met een toename van het aantal gediagnosticeerde AIS, geassocieerd met 100% RFS en OS.

Dit werd vervolgens getoetst in de grootste internationale interobserver studie ooit. 42 pathologen uit 13 landen hebben alle 70 gevallen gescoord in 3 rondes. Eerst volgens de WHO-classificatie, vervolgens na een tutorial over gecollabeerd AIS en tenslotte na feedback over de bevindingen van alle deelnemers in de eerste 2 rondes. De kappa waarden voor ronde 1, 2 en 3 waren respectievelijk 0,27, 0,45 en 0,62. Deze reproduceerbaarheidsstudie bevestigt de moeilijkheid bij het beoordelen van invasie in pulmonale adenocarcinomen op volledige histologische coupes, wat de notie ondersteunt dat pathologen wereldwijd bewust onbekwaam zijn in de beoordeling van invasie volgens de WHO-criteria.

Volgens de WHO heeft de niet-invasieve adenocarcinoom variant AIS een maximale grootte van 3 cm. In het laatste deel van deel III wordt aannemelijk gemaakt dat er ook niet-invasieve carcinomen aanzienlijk groter dan 3 cm voorkomen, geassocieerd met een gunstige tumor-specifieke prognose.

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



From reactive to proactive: implementing palliative care for patients with COPD - Samenvatting proefschrift Johanna Broese

Universiteit Leiden, 17 oktober 2023

Promotores: Prof. dr. N.H. Chavannes, Prof. dr. Y.M.P. Engels, Prof. dr. H.A.M. Kerstjens

Copromotor: Dr. M.J.J. van der Kleij



Van 2017 tot 2022 deed arts-onderzoeker Johanna Broese promotieonderzoek naar de effectiviteit en implementatie van palliatieve zorg voor patiënten met COPD en hun naasten. Als onderdeel van het landelijke COMPASSION-project, een initiatief van Long Alliantie Nederland, Leids Universitair Medisch Centrum en Radboudumc dat werd gesubsidieerd door ZonMw, voerde zij meerdere studies uit met verschillende

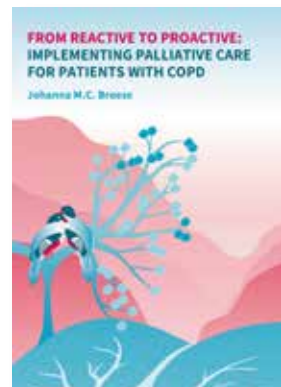
onderzoekdesigns. Deze wetenschappelijke artikelen monden uit in het proefschrift getiteld "From reactive to proactive: implementing palliative care for patients with COPD". Op 17 oktober jl. verdedigde Johanna Broese haar proefschrift aan de Universiteit Leiden.

Belang van het onderzoek

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is een ongeneeslijke, progressieve longziekte en de vijfde doodsoorzaak in Nederland. Patiënten met COPD ervaren vaak invaliderende symptomen zoals kortademigheid, vermoeidheid, angst en depressie, wat resulteert in een verminderde kwaliteit van leven. Daarom zouden ze baat kunnen hebben bij palliatieve zorg. Palliatieve zorg is 'zorg die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun familie, die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door preventie en verlichting van lijden door middel van vroegtijdige identificatie en zorgvuldige beoordeling, en behandeling van lichamelijke, psychologische, sociale en spirituele problemen.' Het omvat proactieve zorgplanning, waarbij de doelen en voorkeuren van de patiënt besproken worden en zorg kan worden afgestemd op de wensen en voorkeuren van de patiënt.

Er is bij patiënten met kanker toenemend bewijs dat palliatieve zorg een positieve invloed heeft op kwaliteit van leven, symptomen en acute zorggebruik. Echter, palliatieve zorg wordt bij patiënten met COPD vaak niet ingezet om verschillende redenen, waaronder het onvoorspelbare verloop van de ziekte, de beperkte kennis van patiënten en familie over wat

COPD en palliatieve zorg inhoudt en het gebrek aan communicatievaardigheden of tijdgebrek bij zorgverleners. Daarom werd in dit proefschrift onderzocht wat de effectiviteit is van palliatieve zorg voor patiënten met COPD en hun naasten en hoe het succesvol geïmplementeerd kan worden.



Wetenschappelijke studies

In een landelijk vragenlijstonderzoek onder longartsen en huisartsen werd in kaart gebracht wat de huidige inhoud en organisatie is van palliatieve zorg bij COPD in Nederland (hoofdstuk 2). Daarnaast werd de internationale literatuur doorzocht om op systematische wijze het bestaande wetenschappelijk onderzoek naar palliatieve zorginterventies bij patiënten met COPD te beoordelen (hoofdstuk 3). Uit deze studie bleek dat er nog maar weinig bekend was over de effectiviteit van palliatieve zorg bij COPD en hoe je dit het beste kan implementeren in de praktijk. Om deze kenniskloof te dichten werd het COMPASSION-onderzoek opgezet (hoofdstuk 4). In acht ziekenhuisregio's werden zorgverleners getraind in o.a. identificatie van palliatieve patiënten met COPD met behulp van de ProPal-COPD tool, communicatievaardigheden voor proactieve zorgplanning en dyspneumanagement (hoofdstuk 5 en 6). Bekijk voor een snelle indruk van het COMPASSION-onderzoek de factsheet over de resultaten en de factsheet met implementatietips. Tot slot werd de ProPal-COPD tool extern gevalideerd en gebruikerservaringen onderzocht (hoofdstuk 7).

Impact van het onderzoek op de klinische praktijk

De resultaten van dit proefschrift geven waardevolle inzichten over hoe palliatieve zorg geïntegreerd kan worden in de reguliere COPD-zorg. Gedurende en na het onderzoek zijn vele informatiefolders, animatievideo's, webinars en handreikingen ontwikkeld voor zowel patiënten, naasten als zorgverleners. Alle materialen zijn te vinden op de online toolbox 'Passende palliatieve zorg bij COPD': www.palliatievezorgcopd.nl. In februari 2023 won de toolbox de Jaarprijs Palliatieve Zorg Impact. Daarnaast werd met behulp van een vervolgsubsidie van ZonMw de training voor zorgverleners omgezet in een blended learning programma, waaronder een e-learning die ook los (en kosteloos) te volgen is: <https://www.bsl.nl/shop/palliatieve-zorg-bij-copd-80743e>.

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

Palliative care in COPD widening the scope

Samenvatting proefschrift Kris Mooren

Radboud universiteit, 11 mei 2023

Promotor: prof. Yvonne Engels

Copromotor: prof. Huib Kerstjens



Dit proefschrift gaat over de dagelijkse zorg voor mensen met ernstig COPD. Zoals in elk proefschrift staan er zaken in die ooit belangrijk leken, tot het voortschrijdend inzicht kwam. Een voorbeeld daarvan is de onderzoeksvraag, hoe je mensen met COPD kunt identificeren die een palliatieve zorgbehoefte hebben. Inmiddels realiseren we ons dat er geen verschil is tussen “palliatieve COPD-zorg” en “goede COPD zorg waarin aandacht is voor alle domeinen van ziekte en gezondheid, en waarin sensitief wordt gesproken met mensen over wat ze belangrijk vinden”.

Voortschrijdend inzicht kwam ook na ons onderzoek naar de bereidheid om opioïden voor te schrijven om kortademigheid te bestrijden. Dit onderzoek werd verricht in 2015, toen morfine een soort heilige graal leek als het gaat om kortademigheid – echter de voorschrijfbereidheid was laag. Inmiddels is de situatie omgekeerd: de meeste behandelaren schrijven morfine voor, terwijl er anno 2023 geen wetenschappelijk bewijs voor blijkt te zijn (dat wil zeggen, voor patiënten met chronische kortademigheid – dus niet in een crisissituatie of rondom het levenseinde). In het proefschrift worden eerdere studies over morfine bij COPD samengevat. Tevens wordt een studieprotocol beschreven van de MoreFoRCOPD studie naar het effect van fentanyl op kortademigheid. (In deze studie worden momenteel de laatste patiënten geïncludeerd.)

Welke bevindingen uit het proefschrift zijn relevant voor de dagelijkse praktijk?

1. Omdat er weinig bekend was over de ideeën en aannames die patiënten, die nog geen zuurstof gebruiken, over deze behandeling hebben, hebben we hiernaar kwalitatief onderzoek verricht. We ontdekten dat de boodschap, dat er gestart moet worden met zuurstof thuis, een enorme negatieve impact heeft op de meeste patiënten. De rationale achter de therapie en de manier waarop deze wordt toegediend, is niet algemeen bekend. Misvattingen als tankexplosies, aan huis gekluisterd raken, volledige afhankelijkheid van zuurstof en overlijden op korte termijn komen vaak voor. Bovendien vrezen veel mensen een sociaal isolement en aan roken gerelateerd stigma. Dit kan te maken hebben met het feit dat zuurstof hun ziekte zichtbaar maakt, wat in strijd is met hun neiging om deze te verstoppen.

2. Het onderwerp rookgerelateerd stigma verder uitgediept, maar dan vanuit het perspectief van de arts.

We onderzochten de houding van longartsen ten opzichte van rokende patiënten met COPD in een kwalitatief onderzoek. Alle deelnemers zeiden dat patiënten niet



volledig verantwoordelijk zijn voor hun rookgedrag. Tegelijkertijd werd roken ook gezien als een vrije keuze. Bovendien werd stoppen met roken vooral gezien als de verantwoordelijkheid van de patiënt. De begeleiding van mensen met COPD en een rookverslaving kan gevoelens oproepen van machteloosheid, frustratie en medeleven.

3. Het is bekend dat cognitieve gedragstherapie (CGT) kan helpen bij de dyspneu-angst-dyspneu vicieuze cirkel. In een overzichtsartikel vatten we specifieke CBT-technieken samen, waarvan bewezen is dat ze effectief zijn bij COPD. Een belangrijk voorbeeld is het ombuigen van catastrofale gedachten zoals ‘ik ga stikken’. We benoemen de noodzaak voor een Nederlands behandelprotocol voor CGT bij COPD, dat kan worden toegepast door o.a. (long)verpleegkundigen, longfysiotherapeuten en praktijkondersteuners.

4. Uit ervaring weten we dat een kortademigheids crisis kan leiden tot stikangst. Onze hypothese was dat mensen met COPD, die dergelijke crises doorgemaakt hebben, overeenkomsten vertonen met mensen die lijden aan een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Bij PTSS is Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) de voorkeurstherapie. We onderzochten de hypothese dat door EMDR, bij mensen met COPD en angst na een kortademigheids crisis, de kortademigheid minder hevig wordt, doordat de angstcomponent afneemt. Omdat we geen eerder onderzoek over dit onderwerp konden vinden, hebben we een kwalitatieve ‘case series’ uitgevoerd bij vier mensen met COPD GOLD 4/D en refractaire kortademigheid. We ontdekten dat alle vier beter met hun kortademigheid overweg konden na EMDR. Na EMDR maakten alle patiënten onderscheid tussen ‘gewone’ kortademigheid en ‘paniek’-kortademigheid.

5. Tenslotte hebben we onderzoek gedaan naar de implementatie van een ‘breathlessness service’ in Nederland. Symptoomgerichte interventies voor kortademigheid, georganiseerd door palliatieve teams, zijn in Nederland nog niet beschikbaar voor mensen met COPD. Ons primaire doel was om de haalbaarheid aan te tonen van een ‘breathlessness service’ specifiek voor COPD-patiënten op een longpoli. Voor deze niet-gerandomiseerde single-center pilotstudie includeerden we 19 mensen met COPD en refractaire kortademigheid. Tijdens ten minste één sessie met een longverpleegkundige en een longarts, en één sessie met een fysiotherapeut, leerden ze niet-medicamenteuze interventies om met hun symptoom om te gaan (denk aan gebruik handventilator, houding, gebruik rollator, maar ook het ombuigen van catastrofale gedachten – “je kan niet zomaar stikken”). De interventie was eenvoudig te implementeren op een polikliniek longziekten. Zowel patiënten als hulpverleners waren enthousiast over de ‘toolkit’ om mensen te leren omgaan met hun kortademigheid.

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

Antwoorden voortgangstoets

1. Zie tabel

Bron: Kumar and Bin-Jaliah, *Respir Physiol Neurobiol* 2007; 157: 12-21; Alheid and McCrimmon, *Respir Physiol Neurobiol* 2008; 164: 3-11

| | Centrale chemoreceptoren in de hersenstam | Perifere chemoreceptoren in de corpora carotica |
|-----------------------|---|---|
| Acute lactaat acidose | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| Acute hypercapnie | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| Acute hypoxemie | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |

2. Antwoord D. De functionele residuale capaciteit (FRC).

Bron: Crieë et al., *Respir Med* 2011. 105: 959-971

De FRC (het intrathoracaal gasvolume, ITGV) wordt gemeten. Het residuaal volume en de totale longcapaciteit worden uiteindelijk berekend. ($ITGV = FRC$, $ITGV + IC = TLC$, $TLC - VC_{max} = RV$).

3. Antwoord A. Conservatief behandelen bespaart een interventie tot ongeveer 50%. Conservatief (geen interventie)

Bron: richtlijn, spontane primaire pneumothorax

Een trial (Brown, 2020) die heeft gekeken naar een interventie of een expectatief beleid, laat zien dat een expectatief beleid een interventie bespaart bij 85% van de patiënten. Ongeacht de grootte van de pneumothorax.

Er zijn geen studies beschikbaar die de recidiefkans apart hebben weergegeven voor een behandeling en een expectatief beleid, gebaseerd op de grootte van de pneumothorax.

Bij een invasieve behandeling zal bij het merendeel van de patiënten een snelle resolutie van de pneumothorax optreden, maar er is wel een kans op complicaties bij de behandeling. Bij een expectatief beleid zal de resolutie van de pneumothorax tijd kosten, maar dit kan doorgaans poliklinisch uitgevoerd worden en is er geen complicatierisico

4. Antwoord: doxycycline < 3%, amoxicilline clavulaanzuur 15%, cotrimoxazol resistentie > 20%

De crisis na de crisis

Long-COVID: een complex ziektebeeld

De acute COVID-19 crisis ligt inmiddels achter ons: de pandemie met een nieuw luchtwegvirus wat het grootste aantal ziekenhuis- en IC opnames in korte tijd veroorzaakte dat we ooit hebben meegemaakt in ons werkzame leven. We zijn blij dat we dit achter ons hebben gelaten, en dat we ons leven veelal weer opgepakt hebben.

Helaas is dit zeker niet voor iedereen zo: in het bijzonder niet voor patiënten die nog dagelijks kampen met de langdurige gevolgen na COVID-19. In de media en wellicht ook met enige regelmaat in uw spreekkamer klinkt de roep om hulp. Onder deze groep van Long-COVID patiënten (in Nederland geschat op meer dan 90.000 met ernstige klachten, die daardoor ernstig in dagelijks leven (werk en privé) beperkt zijn, zijn ook veel zorgverleners die besmet zijn geraakt tijdens hun werk in met name de eerste golf, of in de golven daarna .

Hoewel het merendeel van de patiënten met long-COVID spontaan of met paramedische ondersteuning herstelt (85% binnen het eerste jaar), herstelt een niet onaanzienlijk deel (>10%) niet of gaat in de loop van de tijd zelfs steeds verder achteruit. De eersten van hen zijn nu bijna 4 jaar ziek en voor hen ontbreekt elk perspectief. Zeker met de kennis van nu dat veel van de ernstig getroffen door Sars-CoV1 in 2003 met vergelijkbare klachten, 20 jaar later, nog altijd niet zijn hersteld, is het belangrijk om voor deze groep in actie te komen. Deze groep long-Covid patiënten ervaart een hoge ziektelast, voelt zich vergeten en heeft behoefte aan aandacht, erkenning, biomedisch onderzoek en betere zorg: de crisis na de crisis.

Nieuwe inzichten op gebied van pathofysiologie

Hoewel het ziektebeeld long-COVID initieel erg ongrijpbaar was, en nog altijd is, verschijnen er steeds meer publicaties die bijdragen aan het ontrafelen van de etiologie, waaronder publicaties in toonaangevende bladen. Er (b)lijkt sprake

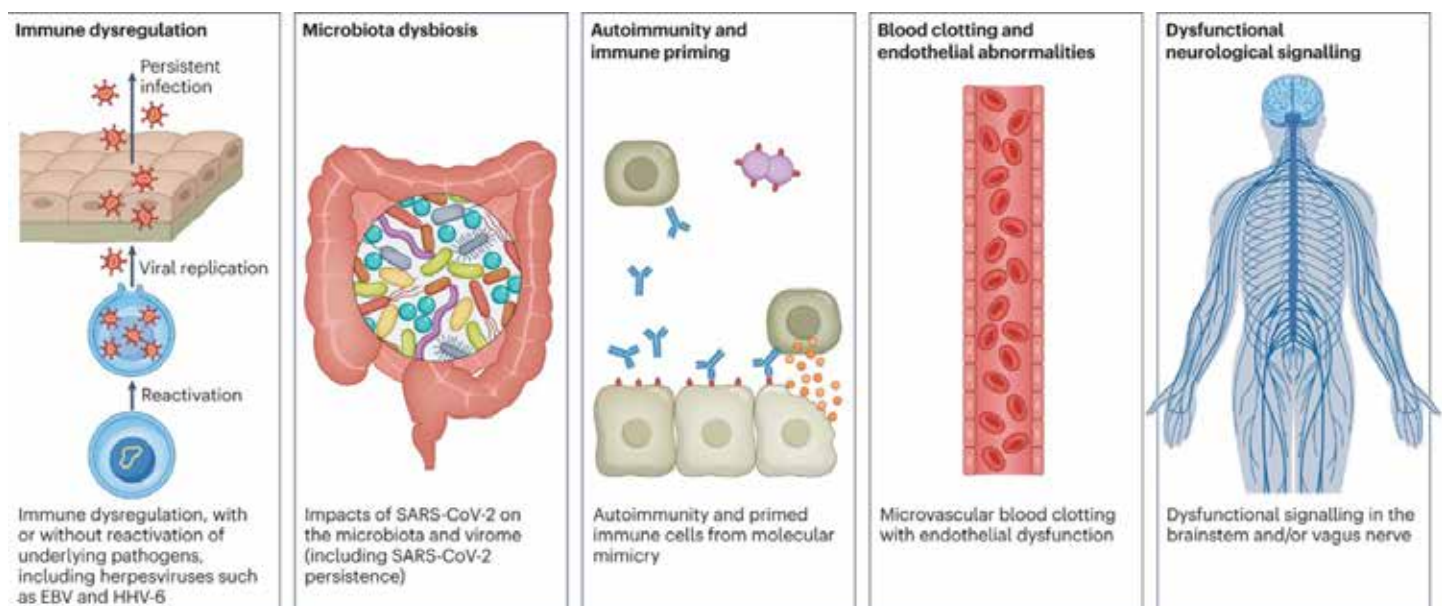
van een systeemziekte waarbij het virus weliswaar via de luchtwegen het lichaam binnendringt, maar systemische gevolgen heeft binnen alle orgaansystemen. Begin dit jaar is er een mooi overzichtsartikel verschenen in Nature Rev (zie kader) waarin zes belangrijke hypothesen en het huidige bewijs voor pathofysiologie in 'pathways' beschreven zijn. Het is onduidelijk of al deze mechanismen een rol spelen. Waarschijnlijk is er sprake van een cascade van meerdere mechanismen, of spelen er bij verschillende patiënten (deels) verschillende oorzaken.

Naar deze belangrijkste hypothesen wordt momenteel wereldwijd meer onderzoek gedaan om tot betere inzichten te komen. Ook in Nederland komt nu mondjesmaat onderzoek op gang, worden er nieuwe kennisagenda's ontwikkeld ten aanzien van biomedisch onderzoek (ZonMw, november 2023) en behandeling (FMS/NHG, mei 2024) en komt er vanuit ZonMw nu voor drie jaar onderzoeksubsidie op deze domeinen beschikbaar. Dit onderzoek is dringend nodig voor het ontwikkelen van werkzame interventies.

Impact op de gezondheidszorg en de samenleving

Met name vrouwelijk geslacht, middelbare leeftijd, onderliggend astma en ernstiger beloop van de acute COVID-19 zijn risicofactoren voor het ontwikkelen van Long-COVID, maar in feite kan het iedereen treffen, kinderen inclusief.

De stichting C-support heeft samen met Erasmus Universiteit een meerjarig observationeel onderzoek uitgevoerd (de studie loopt nog tot einde van dit jaar) waarbij er met name is gekeken naar de impact van de ziekte op het individu. Er werden nu toe twee keer vragenlijsten aangeboden aan de populatie, die zich voor nazorg en advies bij C-support heeft gemeld. Daaruit blijkt overduidelijk dat het herstel moeizaam gaat, met veel terugvallen gepaard gaat en dat er met name veel leed is op gebied van verlies van werk



en inkomen. Het 'twee sporen systeem' (spoor 1 voor re-integratie binnen een jaar bij dezelfde werkgever en spoor 2 voor aangepast werk bij dezelfde werkgever indien mogelijk) past derhalve totaal niet bij het langzame herstel. In de praktijk verliezen daarom veel patiënten hun betaalde werk en daarmee ook een heel stuk levensvreugde en zingeving. Veel long-COVID patiënten belanden na twee jaar in de WIA met een dramatische val in inkomen en alle gevolgen van dien. Dit is een persoonlijk drama voor degenen die dat treft. Dat geldt ook voor getroffen collega verpleegkundigen en specialisten! waar bij er ook een enorm verlies aan schaarse gezondheidszorgmedewerkers en daarmee een dubbel maatschappelijk verlies. Een andere belangrijke bevinding uit het onderzoek is dat veel patiënten terecht zijn gekomen bij veel verschillende zorgverleners (gemiddeld 6), maar desondanks aangeven zich verloren te voelen in het zorgsysteem.

Ontwikkelingen symptoomherkenning en management

Hoewel long-COVID initieel nieuw en onbekend was, wordt gaandeweg steeds meer duidelijk over de klinische symptomen van dit ziektebeeld. Waar initieel vooral aangestuurd werd op wederopbouw van conditie in het kader van de-conditionering, begrijpen we nu dat dit bij een groot deel van de long-COVID patiënten averechts werkt. Deze patiënten met long-COVID worden vaak zieker van inspanning, een fenomeen wat bekend staat als post-exertionele malaise (PEM), en wat naast bij long-COVID voorkomt bij andere postinfectieuze aandoeningen (zoals Q-koorts en ME/CFS). Niet alleen na fysieke, maar ook na cognitieve en/of mentale belasting, worden als reactie daarop alle klachten veel erger en ontstaat een algehele uitputting, vreemd genoeg niet direct, maar vaak één of zelfs twee dagen later.

In de afgelopen jaren is het steeds duidelijker geworden dat een deel van de patiënten na een COVID-19 infectie met een opbouwend training schema eerder achteruit gingen dan vooruit, door dit volledig contra-intuïtieve PEM fenomeen – we kennen inspanning immers als iets wat juist uniform gezond is en tot herstel leidt van conditie- en spierverlies na een acute ziekteperiode. Ook diagnostiek, zoals een (maximale) inspanning test (ergometrie) kan dit uitlokken. Daarom is het huidige advies vanuit de wetenschappelijke vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) om bij patiënten waarbij post-exertionele malaise een onderdeel is van hun symptoomlast, een sub-maximale inspanning test uit te voeren om de maximale hartslag te bepalen, om qua maximale inspanning en belastbaarheid te varen op deze maximale hartslag en de heart-rate variability (HRV). Op basis hiervan kunnen veilige schema's worden opgesteld waarbinnen kan worden getraind.

Pacing is de veel gebruikte term voor de zelfhulpstrategie, waarbij inspanning (fysiek, cognitief en mentaal) wordt gedoseerd, om de grenzen van belastbaarheid niet te overschrijden en PEM episodes te vermijden. Vaak wordt dit begeleid door ergotherapeuten, en hierbij kan de HRV aanvullend worden ingezet. De patiënt zal dan een stapje

terug moeten doen om weer balans te vinden, en vervolgens hopelijk langzame vooruitgang te boeken.

Qua kortademigheid weten we inmiddels dat (tenzij er een alternatieve pulmonale diagnose speelt of bij status na een kritieke acute COVID-ziekte episode met langdurige beademing) er over het algemeen geen longafwijkingen gevonden worden. Vanuit diverse studies met inspanningsonderzoeken is duidelijk geworden dat hier vaak dysfunctioneel ademen en/of diafragmadysfunctie ten grondslag ligt aan de klachten. Specifieke (diafragma) fysiotherapie, logopedie of zangtherapie lijken deze klachten vaak te kunnen verbeteren.

Een andere kenmerkende klacht bij long-COVID (bij 8-30% van de patiënten) is het optreden van verstoring van delen van het autonome zenuwstelsel, zich frequent uitend in orthostatische intolerantie of het posturaal orthostatisch tachycardie syndroom (POTS). Bij zitten of staan schiet hierbij de hartfrequentie (soms fors, en volgens de definitie van POTS > 30 slagen/ minuut) omhoog (waarbij de bloeddruk gelijk blijft) en onverklaard verminderde doorbloeding cerebraal op lijkt te treden), vaak gepaard gaande met diffuse klachten zoals duizeligheid, visusstoornissen en algehele malaise. Klachten die in extreme vorm een belemmering geven om een normaal leven te leiden: ernstig aangedane patiënten zijn hierdoor



genoodzaakt om het merendeel van de dag liggend door te brengen. Ondanks dat het een relatief onbekend fenomeen is, dat helaas vaak niet wordt (h)erkend, zijn hiervoor diverse niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandelopties, om de klachten significant te helpen verminderen. Het aantal verwijsopties naar hierin gespecialiseerde neurologen, cardiologen of vasculaire internisten is echter beperkt.

Het organiseren van de zorg voor long-COVID

Het wordt dus steeds duidelijker dat long-COVID veel orgaansystemen treft. Echter een verwijzing naar een orgaanspecialist zoals een longarts, cardioloog of neuroloog voor specifieke klachten levert veelal weinig anders op dan het uitsluiten van andere verklaringen. Duidelijk is ook dat de zorg voor long-COVID niet bij de longartsen specifiek 'thuishoort' – maar beter op z'n plaats zou zijn bij generalistische zorgverleners, met specifieke én up-to-date kennis over dit ziektebeeld, best practices qua adviezen en (symptoomgerichte) behandelingen, en mogelijkheid tot deelname aan studies.

Een grote wens en noodzaak is dat er naast fundamenteel onderzoek en interventie studies die nu gefinancierd gaan worden, ook ruimte gaat komen voor de start van gespecialiseerde poliklinieken, waar patiënten voor



'orgaansysteem-overschrijdende', integrale zorg terecht kunnen voor dit complexe ziektebeeld (en evt. andere postinfectieuze aandoeningen), waarvoor de kennis zich momenteel snel ontwikkelt en richtlijnen daardoor achterlopen. Hier is momenteel helaas nog geen concreet zicht op.

Tot slot

Hoewel we graag de pandemie achter ons laten en doorgaan als vanouds, is het ook voor onze beroepsgroep zaak oog te hebben voor deze crisis na de crisis. Long-COVID is niet iets wat vanzelf uitdooft: veel huidige patiënten blijven langdurig ziek en er komen helaas nog altijd nieuwe long-COVID gevallen bij, ook ondanks eerdere besmettingen en vaccinaties. Ook al is de kans hierop lager geworden bij een eventuele herbesmetting, het totaal aantal nieuw long-COVID patiënten hangt mede af van het totale aantal nieuwe besmettingen. Hoewel er strikt genomen niet meer getest en geïsoleerd hoeft te worden, lijkt het opportuun ongebreidelde verspreiding van COVID-19 niet alleen te vermijden voor risicogroepen, maar ook ter preventie van long-COVID: iets waar zeer weinig aandacht voor is. Ook blijft vaccinatie voor ons allen potentieel voordelig, om zowel onze vaak oudere en kwetsbare patiënten te beschermen, maar daarnaast ook de kans om zelf long-COVID te ontwikkelen te reduceren. Ook dit is iets waar niet vaak bij stil wordt gestaan.

Daarnaast blijft het herkennen van risicogroepen voor een ernstig verlopende infectie met Covid-19 en de rol van hervaccinatie van belang: voor kwetsbare patiënten (dat zijn er velen, waaronder onze patiënten met afweerstoornissen, oncologische patiënten die behandeld worden met immunotherapie etc) is er nadrukkelijk een advies om te hervaccineren en loopt momenteel de hervaccinatie campagne (overigens voor iedereen toegankelijk via www.planjeprik.nl). Samenvattend kunnen we stellen dat er sinds 2020 veel is gebeurd en COVID-19 is toegevoegd aan ons pallet van luchtwegvirussen, dat we veelal adequaat kunnen managen. Voor patiënten met long-COVID hebben we echter de komende jaren nog een uitdaging om passende behandelingen en zorgpaden het licht te laten zien.

Dankwoord: De zeer gewaardeerde collega longartsen Edith Kok en Lous Rijssenbeek van C-support worden hartelijk bedankt voor het meelesen en voor hun bijdrage aan dit artikel.

*Willem Pieters, Longarts, C-support
Merel Hellemons, Longarts, Erasmus MC*



www.sportgeneeskunde.com
www.nature.com/articles/s41579-022-00846-2

Vapen #jouw keuze

Voor bijna elke longarts geldt dat de ziekten waarmee het overgrote deel van de patiënten op de poli verschijnt, veroorzaakt worden door roken. De strijd tegen tabak wordt al tientallen jaren gevoerd door patiënten, artsen en iedere weldenkende persoon. Het aantal rokers is gestaag gedaald, vooral onder jongeren, wat de opkomst van de rookvrije generatie teweegbracht.

Het is echter zeer teleurstellend dat de e-sigaret (of Vape) snel terrein heeft gewonnen, waardoor de rookvrije generatie nu door onze vingers glipt. De tabaksindustrie heeft met sublieme marketingstrategieën, waarbij design, smaak en kleur werden ingezet, het product onweerstaanbaar gemaakt voor jongeren. Ook helpen namen als e-juice en de vape laten glitters met discolampjes bij het inhaleren. Een leger aan influencers heeft de klus afgemaakt: er is in korte tijd een nieuwe generatie nicotineverslaafden ontstaan.

Volgens onderzoek van het Trimbos Instituut heeft het afgelopen jaar één op de vijf jongeren gevaped. Uit onze eigen enquêtes blijkt dat dit per school en per klas varieert, met tot wel 80% van de leerlingen op sommige scholen. Hoewel de e-sigaret verboden is onder de 18, is deze nog steeds gemakkelijk verkrijgbaar voor kinderen en nog makkelijker om ze de school binnen te smokkelen en stiekem met vrienden op de toiletten te vaperen. Twee derde van de jongeren die vaperen, gaat ook roken en worden zogenaamde dual users. Dit zijn jongeren die niet waren gaan roken als ze niet eerst waren gaan vaperen!

De mythe dat vaperen 'gezonder' is dan roken en dat de ingeademde damp ongevaarlijke waterdamp met een smaakje is, blijkt hardnekkig. Zowel kinderen als veel ouders en docenten hebben vaak geen idee van de schadelijkheid van het product. En voordat een ouder zich erin verdiept heeft, kan het kind al nicotineverslaafd zijn. Om dit niet langer met lede ogen aan te zien, besloten Danielle Cohen (Patholoog LUMC) en ik vorig jaar om actie te ondernemen. We wilden niet langer wachten tot deze nieuwe generatie als nieuwe patiënten de gezondheidszorg zou binnenstromen.

Uit een enquête onder docenten bleek een grote behoefte aan kennis over vaperen en aan handvatten om deze kennis over te brengen. Wij hebben hier gehoor aan gegeven door samen met het onderwijsdeskundig ontwerp bureau Wahoe¹ een lespakket over vaperen te ontwikkelen. We financierden dit door bij een beursaanvraag² voor een onderzoek naar de rol van liquid biopsy op bronchoalveolaire lavage-materiaal, óók een gedeelte te reserveren voor preventie. Een kans die wellicht veel vaker benut kan (of zou moeten?) worden bij beursaanvragen voor onderzoek naar roken-gerelateerde longziekten.

Vapen#Jouwkeuze werd op 1 oktober gelanceerd en sloot qua timing aan bij de nieuwste campagne van #artsenslaanalarm. We kozen voor een website waar docenten een volledig gratis



lespakket kunnen downloaden om zelf in de klas te gebruiken, met als optionele toevoeging de mogelijkheid tot het aanvragen van een gastles van een arts.

Na mijn eerste les (2 weken na de lancering) plaatste ik een foto hiervan op LinkedIn. Ik wist niet dat je viraal kon gaan op LinkedIn, maar het gebeurde! Binnen 2 weken ontving het bericht meer dan 15.000 reacties en meer dan 1 miljoen views. Er werden 3.000 lespakketten gedownload en ruim 200 artsen meldden zich aan voor ongeveer 350 gastlessen. Vervolgens klopte zowel RTL Nieuws als NOS aan onze deur. Op 31 oktober 2023 beleefden we een van de meest bijzondere werkdagen uit onze carrières, waarbij we vanaf het ontbijtnieuws bij RTL tot aan het jeugdjournaal en het NOS 8 uur journaal voortdurend in het nieuws waren.

De overweldigende interesse geeft naar ons idee aan hoe hoog de nood is. Docenten, ouders en artsen zitten met de handen in het haar vanwege tieners die massaal verslaafd raken. Terwijl de overheid de e-sigaret geleidelijk wil 'uitfaseren', worden iedere stap en elke maatregel door de tabaksindustrie met rechtzaken aangevochten en vertraagd. De nieuwste rechtszaak betreft het verbod op smaakjes dat op 1 januari in moet gaan, waarbij British American Tobacco de wetenschappelijke onderbouwing van het smaakverbod voor e-sigaretten in twijfel trekt, en een kort geding heeft aangespannen.

We realiseren ons goed dat ons lespakket geen eindoplossing is. Maar dat wij artsen massaal verschijnen in onze witte jassen in klaslokalen door heel Nederland, wordt gezien. Door ons uit te spreken, creëren we een grotere publieke verontwaardiging, en hopelijk op termijn een grotere politieke 'sense of urgency'. Een aanzienlijk aantal (kinder)longartsen is u al voorgegaan en gaf een gastles op een school ergens in Nederland. Wilt u ook een gastles geven? Meld u aan via www.vapenjouwkeuze.nl.

Frank Borm

¹ Voor meer informatie over Wahoe, ga naar www.wahoe.nl

² Team Westland Samen tegen Kanker

Longarts en Klinisch Farmacoloog: waarom niet?!



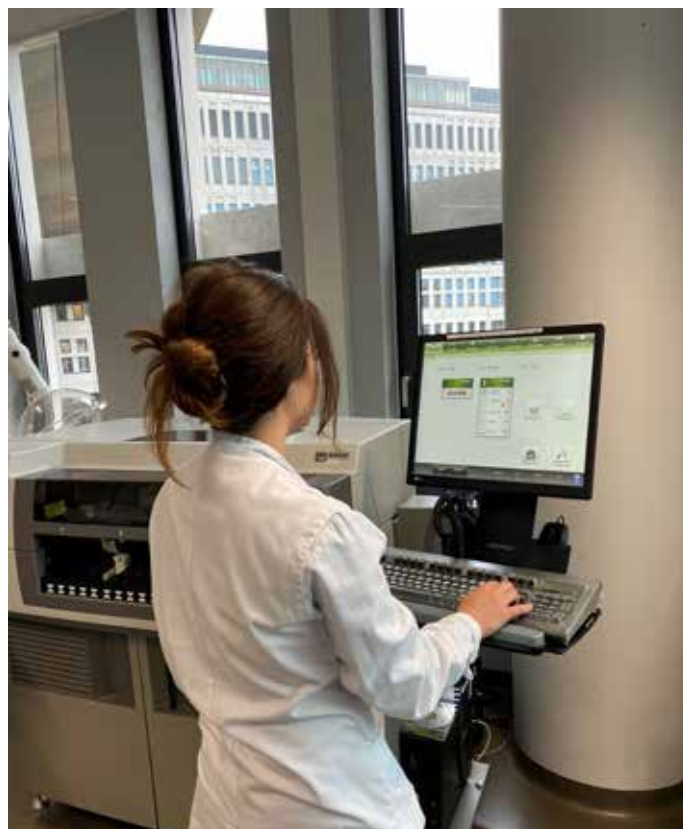
Florence Atrafi (midden) samen met haar klinisch farmacologie opleiders dr. Jorie Versmissen, internist- klinisch farmacoloog (links) en prof. Birgit Koch, apotheker- klinisch farmacoloog (rechts) in het Erasmus MC, Rotterdam.

Longartsen schrijven een scala aan (dure) geneesmiddelen voor. Om een aantal voorbeelden te noemen; chemotherapie, doelgerichte therapie en immuuntherapie tegen kanker, fibrose remmers, biologicals bij astma, antistollingsmedicatie, immunosuppressiva bij longtransplantatie patiënten, antibiotica enzovoorts. In de praktijk krijgen de longartsen geregeld te maken met farmacologische vraagstukken en uitdagingen waar gewoonlijk de apotheek om advies wordt gevraagd. Binnen de longgeneeskunde opleiding wordt weinig aandacht besteed aan de farmacotherapie van geneesmiddelen, vindt Florence Atrafi, AIOS longgeneeskunde in het Amphia Ziekenhuis in Breda en nu tevens Klinisch Farmacoloog in opleiding in het Erasmus MC in Rotterdam. Dit was de belangrijkste reden voor Florence om naast de longgeneeskunde opleiding ook de klinisch Farmacologie opleiding te doen. René Jonkers, longarts in het Amsterdam UMC is van mening dat iedere vakgroep longgeneeskunde ook een klinisch farmacoloog moet kunnen consulteren. Dit kan bijvoorbeeld internist-klinisch farmacoloog, apotheker-klinisch farmacoloog of longarts- klinisch farmacoloog zijn. De klinisch farmacologische kennis kan bijdragen aan doelmatiger

gebruik van geneesmiddelen bij longziekten en kan ook leiden tot betere patiëntenzorg. René Jonkers is voor zover bekend de eerste en enige longarts in Nederland die in 2000 zijn registratie tot Klinisch Farmacoloog behaalde. De combinatie longgeneeskunde en klinisch farmacologie is uniek. In deze rubriek delen Florence en René hun ervaringen over de combinatie longgeneeskunde en klinisch farmacologie.

Wat houdt de opleiding tot klinisch farmacoloog precies in?

De klinisch farmacologie opleiding is bedoeld voor o.a. apothekers en artsen die extra farmacologische verdieping willen op het gebied van geneesmiddelenonderzoek, specialistische farmacotherapie en toepassing van geneesmiddelen in de patiëntenzorg. In de opleiding zitten verschillende stages om meer kennis en ervaring op te doen over specialistische farmacologische mechanismen van geneesmiddelen, deskundigheid krijgen over specifieke deelonderwerpen, bijwerkingen, interacties, intoxicaties en geneesmiddelenonderzoek. Denk hierbij aan onder andere stages vanuit de apotheek op de intensive care afdeling, kinder-intensive care, het doen van medicatie reviews op verschillende afdelingen, stage dag bij het bijwerkingscentrum Lareb en bij College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), deelname aan Medisch Ethische



Florence Atrafi in het laboratorium van de apotheek in het kader van toxicologie stage.



René Jonkers, longarts in het Amsterdam UMC.

Toetsings Commissie (METC) vergaderingen, toxicologie stage waarbij tevens op grote festivals met de medisch personeel meegelopen wordt om ervaring op te doen met intoxicaties en toxicodromen. Inzicht krijgen over regel en wetgeving omtrent geneesmiddelen en het geven van onderwijs zijn ook belangrijke onderdelen van de opleiding. Afhankelijk van persoonlijke interesses, kan het opleidingsplan verder aangevuld worden met andere stages en aandachtsgebieden.

Duur opleiding Klinisch Farmacologie

Voor internisten (in opleiding) is de opleidingsduur totaal 18 maanden voltijd en voor andere specialismen is de opleiding korter, namelijk totaal 12 maanden. Voor het wetenschappelijk onderzoek gedeelte kan bij een afgerond promotieonderzoek op een farmacologisch onderwerp vrijstelling worden verkregen. De klinisch farmacologie opleiding kan dan in 6 maanden worden afgerond. Op de website van Nederlandse vereniging van Klinisch Farmacologie en Biofarmacie (www.nvkfb.nl) staat meer informatie over de opleiding, opleidingscentra en aanmeldprocedure. De AIOS of een longarts dient in overleg met de klinisch farmacologie opleiders een gepersonaliseerd opleidingsplan op te stellen en deze aan NVKFB aan te bieden alvorens met de opleiding te starten.

Florence: "Ik vind de klinisch farmacologie opleiding een hele mooi aanvulling op de longgeneeskunde opleiding en ik denk dat er in de toekomst steeds meer longartsen bij gaan komen die deze combinatie zullen gaan doen. Als een AIOS longgeneeskunde overweegt om klinisch farmacologie opleiding te doen, dan adviseer ik om alvast tijdens de

vooropleiding interne geneeskunde dit met de opleider te bespreken. Omdat je binnen interne geneeskunde opleiding 4 maanden keuze stage hebt, kan dit gebruikt worden om een deel van de klinisch farmacologie opleiding al tijdens de vooropleiding te doen."

René: "Ik heb mijn registratie ruim 20 jaar geleden gehaald en toen was de klinisch farmacologie opleiding nog minder geformaliseerd zoals nu. Ik heb toen op basis van ervaring in het verleden, waaronder mijn promotie onderzoek, alleen nog als toevoeging een aantal METC zittingen bijgewoond om uiteindelijk mijn registratie te behalen. Na mijn registratie heb ik me om de 5 jaar moeten herregistreren. De herregistratie criteria zijn wel streng, dus is het goed om daar bewust van te zijn en hiermee rekening te houden gedurende je werkzaamheden als longarts."

Integreren van klinisch farmacologie onderwijs binnen de longgeneeskunde opleiding

De farmacotherapeutische kennis en principes komen alleen tijdens de interne geneeskunde vooropleiding aan bod. In het opleidingsplan longgeneeskunde van NVALT bestaat er ook geen EPA 'Farmacotherapie van geneesmiddelen bij longziekten'. Florence mist deze farmacologische diepgang binnen de longgeneeskunde opleiding. Zij zou graag zien dat er ook binnen de opleiding meer aandacht en onderwijs wordt besteed aan farmacotherapie. Florence heeft recent een beurs van De Wassink-Hesp Stichting ontvangen om het basiskwalificatie onderwijs (BKO) traject aan de Erasmus Universiteit te volgen en zich in te zetten om het farmacotherapie-onderwijs binnen longgeneeskunde opleiding te verbeteren. In het kader van haar BKO opleiding heeft Florence een onderwijs module 'Farmacotherapie binnen longziekten' in het Amphia ziekenhuis opgezet om vanuit casussen uit de praktijk de farmacologische principes en uitdagingen verder uit te werken en onder de loep te nemen.

Florence: "Indien deze onderwijsmodule succesvol wordt, dan hoop ik dat meer opleiders enthousiast worden om deze onderwijsmodule ook in hun centrum op te nemen en naartoe te werken dat farmacotherapie uiteindelijk een onderdeel van de opleiding longgeneeskunde wordt in de vorm van een EPA."

René gaat over een half jaar met pensioen, maar beaamt de ambitie van Florence en denkt dat meer aandacht voor farmacotherapie binnen longgeneeskunde zeker de opleiding en de patiënten zorg ten goede komt.

Voor meer informatie over de opzet van 'Farmacotherapie onderwijs bij longziekten' kan contact worden opgenomen met Florence Atrafi, email: florence.atrafi@gmail.com.

Podcasts luistertips

Met volle teugen

Dit is de podcast voor longartsen in Nederland. Deze podcast wordt geproduceerd vanuit Orly Media, welke u wellicht kent van de chirurgische variant 'Met het mes aan tafel'. Deze medisch specialistische podcast wordt gemaakt door enthousiaste longartsen en AIOS die in gesprek gaan met andere longartsen door heel Nederland. Hot topics en richtlijnen worden besproken, maar ook wordt er in de keuken van verschillende experts meegekeken.

In de eerste aflevering staat e-health in de schijnwerpers. Er wordt gesproken met Paul Bresser over e-health bij patiënten met obstructief longlijden en wat er in de toekomst verwacht kan worden. In aflevering twee wordt Marjolein Drent geïnterviewd over het herkennen van drug-induced (long) toxiciteit in de praktijk. U krijgt praktische tips voor het vinden van een verklaring voor onverklaarde afwijkingen en het gebruiken en implementeren van het geneesmiddelen paspoort. De derde aflevering is gewijd aan long Covid, waarin met Merel Hellemons de laatste ontwikkelingen werkingsmechanismen, behandelopties en lopende vraagstukken rondom long Covid besproken worden.

Het "Met volle teugen" team bestaat uit Reim Aarab (AIOS, OLVG Amsterdam), Duco Deenstra (AIOS, Catharina Ziekenhuis Eindhoven), Viresh Jagesar, (longarts, Haga Ziekenhuis den Haag) en Brigitte Sondermeijer (Longarts, st. Jansdal, Harderwijk).

Stem van de dokter

In de podcast van de Federatie Medisch Specialisten worden alle pijnpunten van het vak besproken. Hoe moeten we omgaan met dure geneesmiddelen en hoe zit het eigenlijk met de samenwerking met commerciële partijen? Hoe kun je in deze tijd een maatschappelijk betrokken dokter blijven en hoe vervuילend is de zorgsector nou eigenlijk? Deze podcast geeft geen kant en klare antwoorden op deze moeilijke vragen, maar helpt je wel om anders te kijken en daagt je uit in het zoeken naar oplossingen. Gesprekken met vakgenoten die praten over hoe zij met dit soort zaken omgaan.

In de aflevering over patiëntveiligheid pleit Thomas Macken voor openheid bij dwalingen. Openheid over fouten biedt dokters en verpleegkundigen de kans om te leren en te groeien. Het gaat over het geven van de beste zorg aan de patiënt. Dan wordt openheid eerder een steun voor zowel patiënt als arts dan een barrière. In de podcast wordt duidelijk dat patiëntveiligheid steeds serieuzer wordt genomen en als een apart vakgebied wordt beschouwd. Welke stappen moeten we gezamenlijk nemen om ervoor te zorgen dat zorg voor patiënten veilig blijft, ook in de toekomst?

Frits' Pulmoflits

Longarts en hoogleraar Frits Franssen maakt een podcastserie voor Nederlandse longartsen. De podcast heet niet voor niets 'flits': in korte afleveringen van ongeveer 20 minuten bespreekt hij ieder kwartaal samen met moderator Annemarie Brüning de laatste ontwikkelingen en publicaties op het gebied van COPD. Na afloop van de ERS brengen Lennart Conemans en Frits je op de hoogte van de belangrijkste data op het gebied van (ernstig) astma en COPD die tijdens de ERS in Milaan gepresenteerd zijn.

Longtalks

Stichting RoLeX (Rotterdam Leeuwarden eXpertise obstructieve longziekten) maakt een podcast voor en door longartsen, longartsen i.o en andere geïnteresseerden. Bij deze podcast komen allerlei onderwerpen aan bod waarbij de nadruk ligt op obstructieve longziekten.

In de aflevering over werkgerelateerde longziekten bespreken Florence Atrafi en Gert-Jan Braunstahl samen met Hanna Kuiper (longarts i.o.) en Jaap Maas (bedrijfsarts) de casus van een boswachter met astma klachten. Het belang van vroegsignalering van werkgerelateerde longziekten, het objectiveren van de relatie tussen werk en klachten, de behandeling op maat voor elke patiënt en de nieuwe tegemoetkomingsregeling voor patiënten met beroepsastma komen hierbij aan bod.

Alle podcasts zijn te beluisteren in uw favoriete podcastapp.





Werkbezoek Zambia

Halverwege juni hebben wij met een groepje longartsen een inspirerend bezoek aan Zambia gebracht: een prachtig land in zuidelijk Afrika. Al jaren heeft het St. Antonius ziekenhuis in Nieuwegein goede contacten met de collega's van het Universiteitsziekenhuis in Lusaka.

Een dag na aankomst bezochten we een symposium in het University Hospital Lusaka, waarbij door zowel Zambiaanse longartsen als Nederlandse collega's presentaties werden gehouden. Onderwerpen die aan bod kwamen waren beroepsziekten en invloed van beroep op reeds bestaande longaandoeningen, ademstoornissen tijdens de slaap, pulmonale hypertensie, ziekte van Rendu-Osler-Weber, TBC en infectieziekten. Het symposium was goed bezocht, en was ook online te volgen voor dokters die in de meer afgelegen gebieden werken. We hebben veel van elkaar kunnen leren.

De daarop volgende dagen hebben we ziekenhuizen bezocht, te beginnen met het universiteitsziekenhuis. Overal hingen posters met informatie over tuberculose, het belang van goede hoesthygiëne en ook nog van COVID. We hebben deelgenomen aan de visite op de afdeling en patiënten gesproken en onderzocht. Ook hebben we gezien dat je met plastic containertjes best een goed functionerend afvoersysteem kunt maken voor pleuradrains. Daar hoorden we ook dat de keuze voor antibiotica te maken had met hetgeen lokaal leverbaar is: dat bleek levofloxacin te zijn. Niet de meest voor de hand liggende keus op veel fronten, en ook niet heel goedkoop. Vervolgens gingen we naar een regionaal ziekenhuis, waar die dag vanwege onze komst patiënten waren verzameld met luchtwegklachten. We hebben spreekuur gedaan samen met een lokale arts, die tolkte. Patiënten werden ingeschreven in een groot boek, en het dossier en spreekuurschema stond in google op de telefoon van de lokale arts. We hebben het maar niet over privacyregels gehad. Ook in dit ziekenhuis viel op dat goede ventilatie prima kan worden bereikt door de ramen open te

zetten: dat spaart weer dure luchtverversingssystemen uit. Natuurlijk werden ook hier klinische patiënten besproken en bezocht. Een van ons heeft nog een punctie gedaan bij een jonge patiënt met tbc.

Na dit intensieve programma was er behoefte aan wat tijd voor reflectie: waar kan dat beter dan in een van de prachtige wildparken? Naast het spotten van vogels, krokodillen, nijlpaarden en zelfs leeuwen hebben we uitgebreid de tijd genomen om onze ervaringen te evalueren. Een van de dingen die ons allemaal was opgevallen, was dat iets simpels als een thoraxdrain plaatsen in Lusaka helemaal niet zo simpel is. Oorzaak daarvan is het onvoldoende of niet aanwezig zijn van de benodigde materialen. Het kan dus zomaar gebeuren dat deze relatief eenvoudige behandeling niet gegeven kan worden. Met enig geluk krijg je een thoraxdrain die gemaakt is van een gerecyclede intubatie tube, maar meestal is het wachten op spontaan herstel.... of geen herstel. En dat in een universiteitsziekenhuis! Navraag leert al snel dat een Trocar en eenvoudige drain in Nederland al voor een paar euro beschikbaar zijn. Al snel werd bedacht dat we financiële steun willen gaan verlenen om drains aan te schaffen. Diana van Kessel, die ook deelnam aan deze reis en vanaf oktober een paar maanden gaat werken in Lusaka, heeft hiervoor onlangs een stichting opgericht. Het zou mooi zijn als alle longartsen dit jaar met kerst een donatie doen. Het bijbehorende rekeningnummer heeft u vast al in het stukje van Hans Jurgen Mager gevonden.

Deze reis heeft weer een schat aan indrukken, ervaringen en informatie opgeleverd. Veel dank namens de gehele groep aan de organisatoren van deze reis: Hans-Jurgen Mager en Kondwe Mateyo.

*Karin van Assen, Groene Hart Ziekenhuis
Karen Oud, Ziekenhuis Gelderse Vallei*

De sigaret als verlengstuk van jezelf



"Painting, smoking, eating" Philip Guston (Hauser & Wirth)

Tot februari is er een groot retrospectief van Philip Guston te zien in Tate Modern in Londen. Guston (1913 - 1980) was een Amerikaanse kunstenaar die in het begin van de jaren '60 als vriend en directe collega van Jackson Pollock en Willem de Kooning het Amerikaans abstract expressionisme op de kaart zette. Toch wordt hij met name herinnerd door zijn latere werk uit de jaren '70. In deze periode verlaat hij het abstracte werk en worden de schilderijen op een cartooneske manier figuratief. We zien de schilder in zijn atelier als een spookfiguur met een puntlakken over het hoofd aan het werk of en profiel met enkel een groot oog zonder neus, maar altijd met een sigaret in de mond. Eén van zijn bekendste werken is het doek "Painting, smoking, eating". Het enorme doek van ruim 2 bij 2,5

meter, toont het dagelijkse ritme van de kunstenaar. De kunstenaar ligt op bed met achter hem een schilderij waarop schoenzolen te zien zijn (een ander terugkerend thema in zijn werk) met een pot verf ernaast. Op zijn buik staat een bord eten en in zijn mond de wel verdiende sigaret na een dag van noeste arbeid. Op zichzelf is de rokende kunstenaar niet een heel onbekend onderwerp. Er zijn legio schilderijen gemaakt waarop kunstenaars zichzelf rokend afbeelden. Vaak om zichzelf een houding te geven of in een bepaalde context of situatie te plaatsen, maar zelden wordt het roken zo'n diepgaand onderwerp van een oeuvre. Guston maakt roken tot iets wat bij zijn persoonlijkheid hoort. De sigaret als verlengstuk van de kunstenaar. Eerst schilderen, dan komt roken en dan pas eten.

Denken we terug aan de jaren 70 - 80 dan is ook dat wel een bekend fenomeen. Persoonlijkheden als Ischa Meijer, Theo van Gogh en Connie Palmen behoren eveneens tot de groep bekende Nederlanders die stevast met sigaret in de hand het podium betraden. Toch is het een beeld wat langzaam uit de samenleving verdwijnt. En misschien is dat nu wel net waarom het werk van Guston ons zo fascineert of misschien is irriteert wel een betere term in dit kader. Het werk van Guston is moeilijk mooi te vinden. Dat is duidelijk niet waarom het gaat. Zijn cartooneske stijl en kinderlijke manier van werken roepen ook eerder irritatie dan bewondering op. En dan dat continue roken! Zo passé, zo weinig gedisciplineerd! Wat wil de kunstenaar ons zeggen? Nou eigenlijk is dat maar één ding, dat hij WEL lekker doorrookt! Guston is zijn hele leven activistisch geweest. Als zoon van uit Oekraïne gevluchte joodse immigranten, heeft hij zich zijn hele leven uitgesproken tegen racisme. Op zijn vroege muurschildering zijn de Spaanse inquisitie, nazi Duitsland en haat-groepen als de Ku Klux Klan dankbare 'protest onderwerpen'. Ook was hij politiek geëngageerd. Met zijn latere werken wil Guston ons laten zien dat we te snel en te hard oordelen. Laat de kunstenaar slapen, schilderen, roken en eten. Maken wat hij wil maken. Een ander opvallend terugkerend thema is de wijzende vinger. Het is duidelijk, we zijn te belerend en te weinig tolerant volgens de kunstenaar.

Eerder dit jaar sprak ik schrijver Wessel te Gussinklo. Ik ontmoette hem in zijn keuken in het huis in Kamperland (Zeeland). De schrijver van onder meer "De hoogstappelaar" en "Op weg naar De Hartz" zit aan de keukentafel en de gelijkenissen met het werk van Guston zijn direct evident. 'Schrijven, roken, eten' ademt de setting. Ook Te Gussinklo ziet het roken als iets wat bij zijn persoon hoort. Dat mensen daar aanstoot aan nemen doet hem pijn. Het lijkt een persoonlijke afwijzing voor hem te zijn. In zijn dagen is het roken voor hem een ritueel wat hem helpt bij het schrijven, vertelt hij. Het maakt zijn gedachten helder. En gedachten zijn er nog altijd. De nu ruim 82 jarige schrijver werkt nog iedere dag aan een nieuwe roman, waar hij met aanstekelijke passie over praat. Vele sigaretten later en ruikend naar rook (zoals we vroeger de cafés verlieten)

verliet ik het huis van een groot denker en één van de laatste der Mohikanen.

Joris Veltman

De expositie Philip Guston is tot 25 februari te bezoeken in de Tate Modern Londen.



Wessel te Gussinklo (Joris Veltman). Wessel stierf op 18 oktober jl op 82 jarige leeftijd.

Seniorenmiddag 2023

Op 22 september vond de tweede seniorenbijeenkomst van de NVALT plaats in Papendal. Het aantal deelnemers - ruim 40 - overtrof het aantal van vorig jaar. Er werd een gevarieerd programma gepresenteerd overeenkomstig de wens van velen. Allereerst sprak professor Van Lieburg over de Geschiedenis van de Longziekten c.q. de NVALT; het betrof een mooi overzicht van de tuberculose arts in het verleden tot de longarts van nu. Vervolgens sprak professor Marlies Wijsenbeek over ILD; zij gaf een mooi overzicht van de huidige classificatie en benadrukte nog eens het belang van teamwork, juist ook bij ILD. Petra de Jong gaf een presentatie over levenseinde, waarbij de juridische kanten zeer duidelijk besproken werden evenals alles omtrent het levenstestament. Daarna sprak professor Harry Heijerman over 'een leven lang CF'; indrukwekkend zijn de resultaten van de nieuwe behandelmethoden bij CF waarbij naar voren kwam dat de patiënt die nu geboren wordt een normale leeftijd van overlijden kan bereiken. Tot slot sprak Paul Hekking over "Muziek als Medicijn". Paul besprak hetgeen muziek voor een patiënt kan betekenen in het genezingsproces, waarop nu reeds 4 promovendi een thesis hebben geschreven (in samenwerking met Professor Jekel).

Al met al was dit een zeer gewaardeerd programma, waarna de aanwezigen unaniem de wens te kennen gaven om ook volgend jaar op deze voet door te gaan. Hierna werd de dag afgesloten met een borrel en diner in het restaurant van Papendal, waarbij de tafelrede werd uitgesproken door professor Harry Groen.

Met dank aan het bestuur van de NVALT voor het wederom zeer gastvrij en ruimhartig faciliteren van onze bijeenkomst!

Volgend jaar hopen we wederom veel senioren longartsen te mogen begroeten, waarbij we ons best doen om, in overleg met een aantal onder ons, weer tot een boeiend programma te komen.

*Trudy de Baaij
Petra de Jong
George Nossent
Maarten van Nierop*

oud-longartsen NVALT najaarscongres



Papendal, vrijdag 22 september 2023



Wij wensen u prettige kerstdagen en een voorspoedig 2024.

Vakantiesluiting secretariaat

Het secretariaat van de NVALT is gesloten van
vrijdag 22 december t/m maandag 1 januari.

Lidmaatschap

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

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

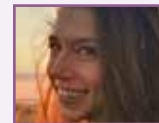
Ook een aanpassing aan uw werk-emailadres kunt u mailen naar secretariaat@nvalt.nl. Het is niet mogelijk dit via het ledenportaal te wijzigen.

Kandidaat-leden

Dianne Burgmeijer-de Gooijer
AIOS Interne vooropleiding
Leids Universitair Medisch Centrum



Thirza Strikwerda
AIOS Longziekten



Nina De Bock
AIOS Longziekten
Zuyderland MC



Lucyl Verhoeven
Verpleegkundig specialist
Jeroen Bosch Ziekenhuis



Ambesajir Habtemichael
Arts/geen longarts
GGD Amsterdam



Jolien Visser
Verpleegkundig specialist
Gelre Ziekenhuizen



Henriëke Minnema
AIOS Interne vooropleiding
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis



Bettina van de Vorstenbosch-Didden
Verpleegkundig specialist
Máxima Medisch Centrum



Mirte Muller
AIOS Longziekten
Catharina Ziekenhuis



Merel de Witte
AIOS Longziekten
Radboudumc



Anouk Pennings-Serier
Verpleegkundig specialist
Máxima Medisch Centrum



Marianne de Plaa
Physician Assistant
Universitair Medisch Centrum Groningen



Tim Raveling
AIOS Longziekten
UMCG



Robbert-Jan Slager
Verpleegkundig specialist
Amsterdam UMC



Rilke Snoeren
AIOS Longziekten
HagaZiekenhuis



Eline Steenhuis
AIOS Longziekten
Isala klinieken



Nieuw benoemde longartsen

Lisette van Dijk, opgeleid in
Sint Antonius Ziekenhuis



Azar Kianzad, opgeleid in
Spaarne Gasthuis



Chantal Knoops, opgeleid in
Catharina Ziekenhuis



Talli Naamani, opgeleid in
Erasmus MC



Mark Thijssen, opgeleid in
Zuyderland Medisch Centrum



Naomi Verstegen, opgeleid in
Spaarne Gasthuis



Stephan Verweij, opgeleid in
UMC Utrecht



Nieuwe senior leden

Hans Blaauwgeers
OLVG Oost



Theo Franssen
Ziekenhuis Tjongerschans



Jaap Strijbos
Ziekenhuis Nij Smellinghe



Enkele belangrijke data

2024

- Studiedagen VvAwT, Amersfoort 11 – 12 januari
- Prof. Jules van den Bosch Symposium, Nieuwegein 11 januari
-  Masterclass Vasculaire Longziekten, Amsterdam UMC 16 – 17 januari
- Longkankersymposium, Amsterdam 19 januari
- Winter ILD School Davos 22 – 25 januari
-  Scholing Tuberculose coördinator, Amsterdam 25 – 26 januari
- Slaapcursus der lage landen, Antwerpen 25 – 27 januari
-  Bronkhorst, Brugge 1 – 3 februari
- NRS National Lung Course, Ermelo 7 – 9 februari
- Respiratory Failure and Mechanical Ventilation, Berlijn 15 – 17 februari
- Op de hoogte van astma, Davos 13 – 16 maart
- 11e VSO Voorjaarssymposium 15 – 16 april
-  Longartsenweek 22 – 25 april
- Masterclass longoncologie voor VS'en 14 mei
- ATS, San Diego (VS) 11 – 22 mei
- Asco, Chicago (VS) 31 mei – 4 juni
- Dutch Lung Congress, Utrecht 27 - 28 juni
- ERS, Wenen (AU) 7 – 11 september
- Chest, Chicago (VS) 6 – 9 oktober
-  Najaarscongres, Arnhem 17 – 17 oktober
-  Bronkhorst Veldhoven 21 – 23 november

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