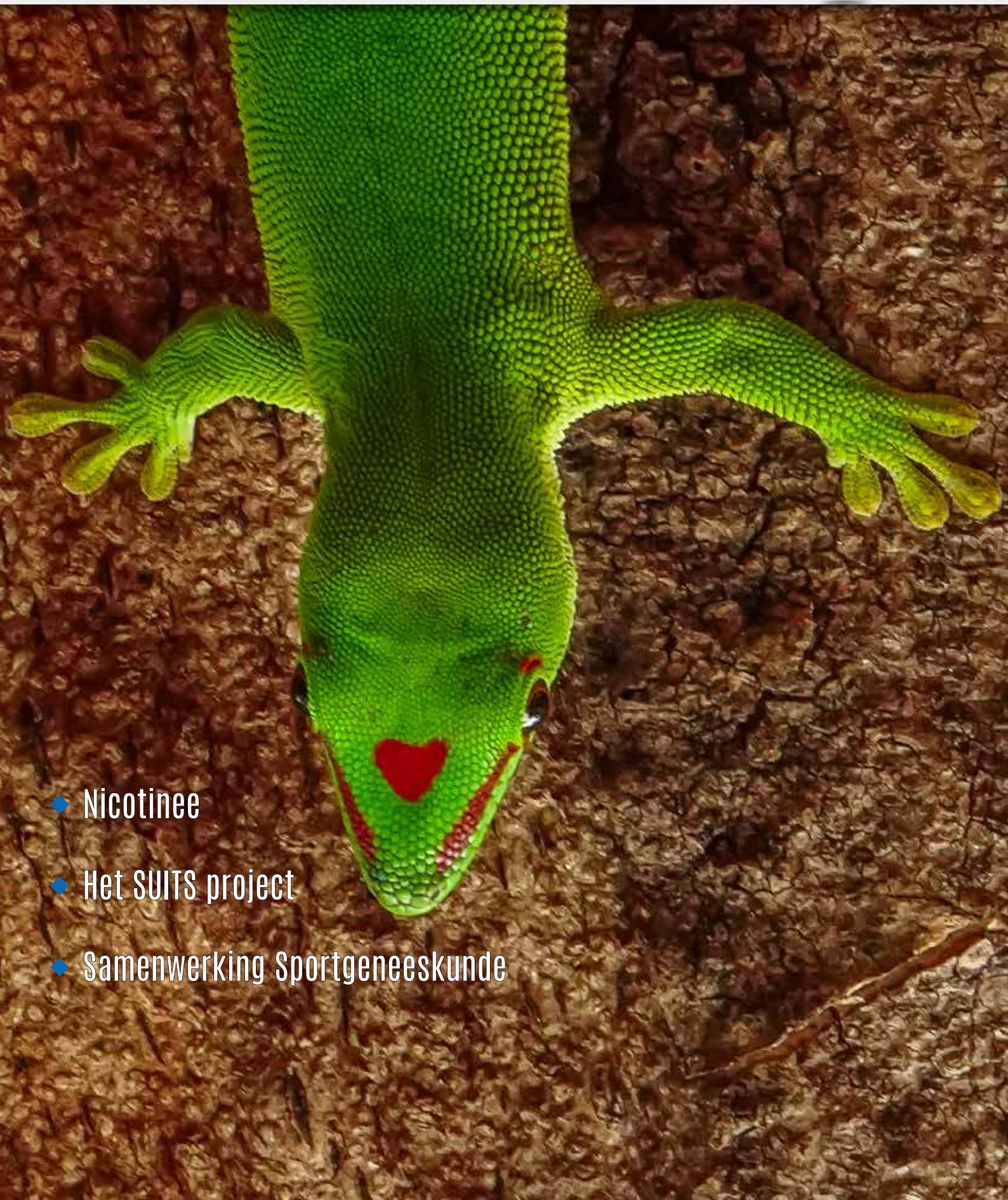


PulmoScript

Jaargang 36 ♦ maart 2025 ♦ 1



- ♦ Nicotinee
- ♦ Het SUITS project
- ♦ Samenwerking Sportgeneeskunde

Inhoud

Bestuur

Van de voorzitter	4
Van de secretaris	5
De Longcast	7
Samenwerking NVALT en Longfonds	8

Commissies en secties

Commissie BOM	10
Commissie richtlijnen: Leidraad sarcoïdose	11
AIOS bestuur	13
NVALT-studies: verslag studiedag	14

Rubrieken

Opleiding in de kijker: Medisch Spectrum Twente	18
Jonge klare in de kijker: Timothy van de Lisdonk	20
Stage in de etalage: Palliatieve zorg	22
De kracht van diversiteit	23
Klaar: Luuk Willems	24

Nascholing

Prevalentie van stikangst	27
Het SUITS project	33
Proefschrift Jelle Miedema	36
Proefschrift Saar van Nederveen-Bendien	37

En verder:

Nicotine	38
Samenwerking Sportgeneeskunde	41
Subsidieronde programma ZE&GG	44
Josephine Nefkens Prijs 2025	46
Masterclass infectieziekten Barcelona	47

Personalia

Even voorstellen	48
Personalia	50
In memoriam	52

Congresagenda	53
---------------	----



5



13



18



24



38



41

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:

Lisette Kunz
Wilma Vlug

Coverfoto:

Hans-Jurgen Mager

Uiterste datum voor insturen kopij

nr. 2, 10 mei 2025

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

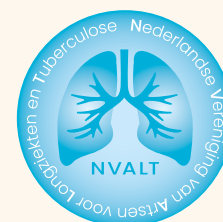
Drukwerk

Drukkerij Boonen, Hamont
www.drukkerijboonen.be

Verzending

Vogelaar, IJsselstein

ISSN 0925-4749



Van de voorzitter

Samen wordt alles nog mooier



Beste collega's, ik vind het een eer vanaf 1 januari Leon te hebben opgevolgd als voorzitter. Dat ik er veel zin in heb, is niets te veel gezegd.

Ik ben aangenaam verrast door het enthousiasme en de werklust van de leden in het bestuur, secties, werkgroepen en het bureau. De NVALT is een prachtige vereniging met korte lijntjes, veel positieve dynamiek en pragmatische leden. Het wetenschappelijk niveau van de Nederlandse longartsen is hoog, en we zijn heel zichtbaar in de ziekenhuizen en nog op vele andere plekken (zoals bij de rookstopbeweging, GGD's, revalidatie, Federatie, Zorginstituut etc.). Dat heeft Leon in de COVID-tijd ook goed uitgedragen.

De laatste maanden hebben de bestuursleden, Leon en Ingrid mij ingewerkt in de lopende dossiers, en tot 1 april is Leon nog aanwezig bij de vergaderingen. Dat alles maakte een soepel overgang mogelijk. Hoewel, soepel.... Er zijn wel enkele urgente onderwerpen waar direct werk aan de winkel was (en is). Ik noem maar even de volumenorment Longoncologie. Ingewikkelde dossiers met grote belangen. Mijn e-mailbox heeft mapjes gekregen met namen zoals FMS – IGJ – NZA – ZIN – ZN – LAN – NRS – Longfonds – Secties – Werkgroepen – SONCOS – etc.

We hebben met diverse secties de jaarlijkse update-meeting gedaan en heb ik ook gesproken met o.a. de NVLA. Ook met de NIV en NVN wordt steeds meer samengewerkt, we hebben onlangs een bespreking gehad hoe we dit nog meer systeem kunnen geven zodat we samenwerking onze kernactiviteiten zoals kwaliteitsvisities, richtlijnenontwikkeling maar ook andere onderwerpen samen (dus efficiënter) kunnen doen.

Als nieuwbakken voorzitter zou ik wel een aantal van mijn speerpunten willen delen:

1. Een duidelijke, open en eerlijke verenigingsstructuur.

We moeten van elkaar weten wat we doen, waar we elkaar kunnen versterken, waarop we elkaar kunnen aanspreken en welke keuzes we met elkaar voor de toekomst maken. Daarbij hoort een duidelijke 'governance': als een longarts namens de vereniging vanuit een sectie of een werkgroep in een bepaald gremium zit, moet hij of zij duidelijk weten welke standpunten namens de NVALT moeten worden uitgedragen, en andersom moet het NVALT-bestuur goed weten wie waar welk beleid verdedigt. Het bestuur wil graag op de website duidelijk maken wie welke taak behartigt binnen de vereniging, zodat de lijntjes kort blijven.

2. We zijn met elkaar de vereniging.

Dat zijn dus longartsen van kleine, grote en academische ziekenhuizen, maar ook de AIOS, verpleegkundig specialisten en physician assistants en onze pensionado's. De secties en werkgroepen zijn onmisbaar voor het functioneren van de NVALT en dus is het logisch dat ook de AIOS en VS/PA een plek daarin innemen. Voor de VS-en en PA's doen we dat uiteraard samen met hun verenigingen. Ook de diverse belangen voor de toekomst (bv. die volumenormenten) van die verschillende groepen leden zullen we goed moeten wegen en behartigen. De verschillende 'niches' mogen wel meer in de spotlights komen te staan, zoals de tuberculosezorg, de revalidatie en de palliatieve zorg.

3. Aantrekkelijke scholing.

Dat is state-of-the-art kennis, maar ook onderling netwerken. Het NVALT-bestuur zal de huidige NVALT-congressen tegen het licht houden, met als doel die voor longartsen, AIOS en PA/VS nóg aantrekkelijker te maken, inhoudelijk en sociaal. De kennistoets krijgt een decentraler karakter.

4. Duurzaamheid.

Dat geldt o.a. voor onze inzetbaarheid als longarts, onze rol binnen het overbelaste zorglandschap en onze invloed op preventie, opleiden voor de toekomst en minder milieubelasting. De Concilium-werkgroep voor het nieuwe opleidingsplan en de werkgroepen Preventie en De Groene Longarts zijn goede voorbeelden hiervan.

Kortom: 'samen' is het toverwoord. Maar dat wist u al lang. En dat moge ook blijken uit de artikelen in deze PulmoScript. U weet het NVALT-bestuur en het NVALT-bureau vast en zeker te vinden als u iets kunt bijdragen of goede ideeën heeft, of als er iets voor verbetering vatbaar is.

Wees welkom; zo voel ik mij ook!

Met hartelijke groet,

Henk Kramer



Van de secretaris

Over gekko's en tezepelumab

Gekko's zijn reptielen die behoren tot de hagedissen. Er zijn meer dan 1600 soorten gekko's. De naam 'gekko' is afgeleid van de klikkende tot soms gillende geluiden die veel soorten vooral in de paartijd maken. Gekko's komen voor op alle continenten, behalve Antarctica. Ze gedijen niet in koude en gematigde streken, zoals Nederland en België, maar komen wel voor in bergachtige gebieden, in de Himalaya tot 4000 m hoogte. Gekko's kunnen goed op verticale oppervlakten klimmen en zijn razendsnel: ze kunnen maar liefst 50 km/uur rennen. Ze kunnen zelfs ondersteboven op glas lopen. Deze kunst danken ze niet aan zuignapjes op de tenen, maar aan gegroefde structuren aan de onderzijde van de tenen – hechtlamellen. Deze lamellen bestaan uit haartjes van 5 micrometer doorsnede, die voorzien zijn van nog fijnere haartjes van 0,2 micrometer doorsnede. Deze uitlopers zijn zo klein, dat ze op atomaire schaal worden aangetrokken door de ondergrond, waarbij de vanderwaalskrachten de gekko zijn enorme kleeftkracht geven. De gekko kan deze vanderwaalskrachten niet 'aan of uit' zetten; hij plakt vast aan een oppervlak zodra de tenen contact maken en kan alleen los komen door zijn tenen in een hoek van ongeveer 30 graden op te lichten. Het systeem werkt bijna altijd; alleen op teflon kunnen de lamellen zich niet hechten. Gekko's zijn de enige hagedissen met echte stembanden. Ze hebben geen oogleden, waardoor er veel stof in hun ogen komt. Die ogen likken ze schoon met hun lange tong. Gekko's zijn carnivoor en eten vooral insecten en spinnen. Ze kennen geen broedzorg en als ze de kans krijgen eten ze ook hun eigen jongen op. Om de drie tot vier maanden vervangen ze de honderd tanden die ze hebben. De staart raken ze soms kwijt door een roofdier, maar die groeit na enige tijd weer aan.

Er is niet echt een bruggetje van de gekko naar tezepelumab (zouden gekko's astma kunnen krijgen?), behalve dan de constatering dat de eerste vereisten die de verzekeraars

wilden stellen voor vergoeding van tezepelumab, op z'n zachts gezegd wat gek waren. Vanuit het ministerie van VWS is besloten dat tezepelumab in het eerste half jaar van behandeling vergoed wordt volgens de add-on systematiek (dus intramuraal) en daarna extramuraal volgens het GVS, met een artsenverklaring. Aanvankelijk kon volgens ZN (Zorgverzekeraars Nederland) tezepelumab slechts in 3 ziekenhuizen worden voorgeschreven. Dat is uiteraard niet zo praktisch en om die reden zijn er door het bestuur van de NVALT samen met het bestuur van de SAA verschillende gesprekken gevoerd met de CieBAG. Uiteindelijk is daaruit de afspraak voortgekomen dat tezepelumab in alle ziekenhuizen in aanmerking kan komen voor add-on vergoeding, mits de behandeling aantoonbaar overlegd is met experts van een astma kennis- of behandelcentrum. De intramurale behandeling kan dan ook langer dan een half jaar worden gecontinueerd. Vervolgens bleek echter de extramurale vergoeding nog steeds beperkt te zijn tot voorschrijvers uit 3 ziekenhuizen in Nederland – nog steeds niet heel praktisch. Dus: opnieuw in gesprek met ZN. Die gesprekken verlopen wat stroef, maar stapje voor stapje komen we waar we willen uitkomen. Op het moment van schrijven is de stand van zaken dat extramurale vergoeding in ieder geval akkoord is, wanneer tezepelumab is voorgeschreven in een astma kennis- of behandelcentrum. Het doel is te bereiken dat de voorwaarden voor extramurale vergoeding dezelfde worden als de voorwaarden voor intramurale vergoeding. De drempel om tezepelumab voor te schrijven komt immers voort uit maatschappelijke verantwoordelijkheid en dient gebaseerd te zijn op de juiste indicatie-stelling, niet op reisafstand voor de patiënt. Ik ga ervan uit dat we dit als NVALT op korte termijn voor elkaar weten te krijgen en wie weet, is het geregeld, wanneer u dit leest. Ik wens u in ieder geval een fijn voorjaar.

Hans-Jurgen Mager

Voor en door de leden: de Longcast - de podcast van én voor de NVALT

De populariteit van het luisteren van podcasts in Nederland neemt ontzettend toe, ook professioneel. Gemiddeld luistert ongeveer de helft van de Nederlanders van boven de 16 jaar geregeld een podcast. Logisch ook, want overal waar je bent kun je een podcast aan zetten en in korte tijd nieuwe informatie tot je nemen. Voor een vereniging zoals de NVALT biedt een podcast-serie veel kansen. Met een podcasts kunnen we jullie als leden, maar ook andere geïnteresseerden, op een toegankelijke en snelle manier informeren over verschillende, relevante onderwerpen. Want, in een snel veranderend zorglandschap is het essentieel om vakinhoudelijk bij te blijven, en de podcast biedt een praktische manier om de laatste ontwikkelingen en trends te horen.

Wellicht herinneren jullie dan ook de enthousiaste longartsen die in een eerdere editie van PulmoScript zich hebben voorgesteld en al bijna twee jaar podcasts maken voor de longgeneeskunde. Aan beide kanten was en is er enthousiasme om dit samen met elkaar verder te brengen en we gaan de handen ineen slaan met elkaar. We lanceren dan ook met gepaste trots in maart 2025 de 'Longcast – de podcast van en voor de NVALT'.

De Longcast: wat gaan we doen?

In de Longcast wordt er doorgeborduurd op het bekende format: de Longcast is een informatieve en educatieve podcast over alles wat te maken heeft met de longgeneeskunde, doch ook persoonlijke informatie van de geïnterviewde. Van praktische tips en handvatten tot de nieuwste richtlijnen in specialistische aandachtsgebieden tot organisatorische vraagstukken zoals e-health, bekostiging van zorg, wetenschappelijk onderzoek en congres samenvattingen. Er komen collega's aan het woord over interessante en relevante onderwerpen binnen het longenveld en / of zorgveld.

De NVALT wil met de Longcast ook de betrokkenheid en binding met onze leden vergroten. Ook willen we de podcast dichterbij de wensen van onze collegae brengen. Welke onderwerpen zouden jullie graag behandeld zien? Welke specialisten moeten we interviewen? We horen graag van jullie! Daarom zullen we ook de behoefte aan de thema's en onderwerpen bij jullie peilen zodat we afleveringen maken waar jullie als leden behoefte aan hebben. Voor de zomer willen we jullie wensen hier over peilen, dus houd deze vragenlijst in de gaten. Ook willen we onze leden

uitnodigen om plaats te nemen achter de microfoon: heb jij een interessant onderwerp en wil je dit graag met je collega's delen? Geef het bij ons aan en dan kunnen wij kijken of we er een podcast aan kunnen weiden en wordt je door ons geïnterviewd.

Een tipje van de sluier: in onze eerste aflevering van 2025 gaan we langs bij Hans Daniels in het AUMC om de laatste inzichten uit de behandelkamer te bespreken. In de tweede aflevering interviewen we Emile Dubois, over duikgeneeskunde en de effecten van hoogte op de longen.

De Longcast: hoe, wat en waar?

De Longcast is een niet gesponsorde podcastserie. Op deze manier houden we volledige controle over de onderwerpen. We streven ernaar om in de podcasts relevante, vernieuwende, inspirerende en professionele informatie te delen. Dus mis geen podcast en blijf ons volgen! We kondigen de podcast aan via onze website, nieuwsbrief, PulmoScript, whatsapp en LinkedIn. De podcast zullen te luisteren zijn vanaf de gebruikelijke platforms zoals spotify en applepodcast.

We starten dit jaar als een pilot-jaar, dat wil zeggen dat we in eerste instantie acht afleveringen opnemen (vier voor de zomer en vier na de zomer). We hopen op voldoende luisteraars zodat we de podcasts na een pilotjaar op kunnen nemen in onze structurele communicatie van uit de vereniging.

De interviewers namens de NVALT zijn uiteraard collega-longartsen: Viresh Jagesar, Brigitte Sondemeijer, Kirsten van de Groep en Duco Deenstra gaan het hele land door om voor jullie interessante gesprekken op te nemen en bereiden elke podcast nauwkeurig voor. Ingrid van der Gun en Wilma Vlug zorgen vanuit het NVALT-bureau voor de organisatie, afstemming, peilingen en communicatie. Wil je een onderwerp aandragen of heb je een vraag? Schroom niet en neem contact op met Wilma, via wvlug@nvalt.nl

Veel luisterplezier gewenst!

Namens de NVALT en de interviewers van de Longcast

*Ingrid van der Gun en Wilma Vlug
Brigitte Sondermeijer, Viresh Jagesar, Kirsten van de Groep en Duco Deenstra*



Samenwerking NVALT en Longfonds brengt kennisontwikkeling verder

De NVALT en Longfonds gaan intensiever samenwerken op het gebied van onderzoek en kennisontwikkeling. Marieke Overbeek, NVALT-bestuurslid met de portefeuille Wetenschap & Innovatie en Károly Illy, directeur van Longfonds, leggen uit hoe deze samenwerking de komende jaren vorm zal krijgen.

Longfonds is één van de grootste private financiers van longonderzoek in de Europese Unie. Als betrokken financier en regisseur jaagt de gezondheids- en patiëntenorganisatie belangrijke medische doorbraken voor chronische longziekten aan. Bij de onderzoeken worden de patiënten zoveel mogelijk betrokken. Door de samenwerking met de NVALT te intensiveren, wil Longfonds nu ook een sterkere verbinding maken met de dagelijkse praktijk van de longzorg. Voor de NVALT werkt dat op een vergelijkbare manier: de samenwerking kan helpen om het perspectief van de patiënten beter voor het voetlicht te krijgen. In de toekomst kan Longfonds bijvoorbeeld betrokken worden bij het co-creëren van de NVALT-studies en daar input voor leveren, terwijl de NVALT kan meedenken over de onderzoekagenda van Longfonds.

Kennishiaten in beeld krijgen

Op deze en andere manieren zal gezamenlijk worden gewerkt aan het verder brengen van de kennisvragen. Deze vragen staan op de NVALT-kennisagenda, die periodiek samen met de longartsen wordt geactualiseerd. In de lead daarbij is de commissie Wetenschap & Innovatie van de NVALT. 'Het is één van de belangrijke taken van onze commissie om per aandachtsgebied, maar ook per overkoepelend aandachtsgebied binnen de longziekten, uit te zoeken waar de kennishiaten liggen', vertelt NVALT-bestuurslid Marieke Overbeek. 'Kunnen we bijvoorbeeld kennisvragen opstellen aan de hand van richtlijnaanbevelingen met lagere bewijskracht? En welke vragen spelen er in de praktijk? Is wat we doen zinvol, levert het gezondheidswinst op en is de patiënt daar ook echt mee geholpen? Dat zijn de vragen waar iedere longarts in de dagelijkse praktijk mee te maken heeft en waar onze studies op gericht kunnen worden.' Ook Károly Illy, directeur van Longfonds, vindt het belangrijk om de lacune aan kennis inzichtelijk te hebben. 'Waar het gaat om het toekennen van subsidies vind ik het heel belangrijk om te weten wat de kennishiaten zijn van de NVALT en de Sectie Kinderlongziekten, de kindergeneeskundige pendant. De afgelopen periode heb ik daar veelvuldig met onze mensen van de Wetenschappelijke Adviescommissie over gesproken. De vraag die we centraal stellen is: waar zou meer aandacht en energie in moeten worden gestoken? Wij kunnen het antwoord op die vraag wel bedenken, maar de professionals weten dat natuurlijk het best.'

Maatschappelijke relevantie

Tijdens de jaarlijkse call van Longfonds kunnen wetenschappers en artsen hun onderzoeksvoorstellen indienen. Volgens

Illy is het belangrijk dat de onderzoeken die Longfonds financiert een hoge mate van maatschappelijke relevantie hebben. 'De Wetenschappelijke Adviescommissie waarin altijd leden van de NVALT zitting hebben, beoordeelt de ingediende onderzoeksvoorstellen op twee aspecten: de wetenschappelijke kwaliteit en de maatschappelijke relevantie', vertelt hij. 'Met andere woorden: wat heeft de patiënt er aan? Is deze relevantie onvoldoende, dan kan een voorstel nog zo wetenschappelijk mooi zijn, maar dan is de kans dat het wordt gehonoreerd toch heel klein.' Ook is Longfonds heel alert op de bemensing van de onderzoeksteams. 'Dit moeten niet alleen hoogleraren van de academische ziekenhuizen zijn. We vinden het juist belangrijk dat ook de longartsen en kinderlongartsen van algemene ziekenhuizen meedoen. En ook worden gestimuleerd en geactiveerd om na te denken over voorstellen die kunnen leiden tot beter onderzoek naar de behandeling of het voorkómen van longziekten.'

Die wens van Longfonds sluit naadloos aan bij de strategie van de NVALT om bij de onderzoeken de longartsen zoveel mogelijk te betrekken. Overbeek: 'We vinden het heel belangrijk dat het wetenschappelijk onderzoek echt tot in de haarvaten van de klinische praktijk wordt uitgevoerd. Het besef dat wetenschap een onderdeel is van de dagelijkse praktijk moet bij iedere longarts aanwezig zijn. De structuur is er binnen de NVALT in elk geval. Per aandachtsgebied hebben we met de secties een behoorlijk netwerk. Dat zijn de gremia waarin onderzoek wordt gestimuleerd. We proberen vanuit de commissie daarom de contacten te versterken en mensen goed te voeden. De call voor subsidie vanuit Longfonds bijvoorbeeld, sturen we meteen door naar de mensen van de secties die daar iets mee te maken hebben.'

Samenwerking bestendigen en intensiveren

Nieuw is de innige samenwerking op wetenschappelijk gebied, maar geheel nieuw is de samenwerking tussen de NVALT en Longfonds ook weer niet. Zowel de NVALT als Longfonds zijn vertegenwoordigd in de Long Alliantie Nederland (LAN) en werken mee aan diverse evenementen, waaronder het Dutch Lung Congress. Op het gebied van communicatie stemmen beide organisaties met elkaar af voor de Wereld Astma Dag. Ook denkt Longfonds als patiëntenorganisatie mee bij het prioriteren van de zorgevaluatie. Daarnaast vinden de NVALT en Longfonds elkaar steeds vaker in het maatschappelijke debat over preventie. Zo werd onlangs gezamenlijk deelgenomen aan een gesprek in Nieuwspoort met Tweede Kamer-leden en beleidsmakers over luchtkwaliteit en een debat in de Tweede Kamer over Nicotine, de rookvrije generatie.

Overbeek en Illy spreken af dat zij elkaar in de toekomst ook op het gebied van wetenschap vaker zullen opzoeken. 'We gaan elkaar te pas en te onpas weten te vinden', zegt Overbeek.



Marieke Overbeek is longarts in het Leids Universitair Medisch Centrum en in het Haaglanden Medisch Centrum in Den Haag. Hier heeft ze in het verleden, naast haar werk als longarts, een opleiding op het gebied van AIOS longziekten opgezet en is ze lid geweest van het bestuur. Vanaf het voorjaar van 2024 is ze bestuurslid van de NVALT en beheert ze de portefeuille Wetenschap & Innovatie.



Károly Illy was 29 jaar kinderarts in het Ziekenhuis Rivierenland in Tiel. De laatste zes maanden van die periode was hij ook voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Op 1 oktober 2023 heeft hij zijn witte jas aan de kapstok gehangen en is hij directeur van Longfonds geworden. In deze nieuwe functie kan hij zich wederom inzetten voor pleitbezorging en belangenbehartiging.

‘Vanuit de NVALT zouden wij het ook mooi vinden om voor de zorgevaluatie een soort geormerkte subsidie vanuit de Longfonds-call te doen laten ontstaan. Daar zouden we de samenwerking ook wat meer willen intensiveren. En ik denk dat we elkaar in het maatschappelijke debat moeten blijven vinden.’ Illy omschrijft de toekomstige samenwerking als deels bestendigen en deels intensiveren. ‘Het bestendigen zit vooral in alles wat te maken heeft met preventie, luchtkwaliteit en de rookvrije generatie. Op deze gebieden is de relatie heel sterk en dat moeten we natuurlijk zo houden. Waar het de wetenschap betreft willen we de samenwerking intensiveren, vooral waar dat meer mogelijkheden en kansen biedt.’

Om die boodschap extra kracht bij te zetten, zou Illy ook graag

een rol spelen bij de jaarlijkse Longartsenweek. ‘Het zou mooi zijn als we in die week waarin alle Nederlandse longartsen samen komen, iets kunnen vertellen wat Longfonds doet en wat we op het gebied van wetenschap voor elkaar kunnen betekenen. Dat is zeker nog niet bij iedereen bekend.’ Overbeek vindt dat een goed idee. ‘Dat sluit ook aan bij mijn wens om de wetenschap nog meer en beter binnen de NVALT onder de aandacht te brengen. We zijn tenslotte een wetenschappelijke beroepsvereniging en het is alom bekend: de wetenschap staat nooit stil. Elk nieuw onderzoek en elke implementatie van de resultaten in de klinische praktijk levert altijd weer nieuwe vragen op. Wetenschap genereert wetenschap. Dat houdt het vak in beweging, daar worden we allemaal beter van. En met name de patiënt wordt daar beter van.’

Vanuit de Commissie BOM

De NVMO-commissie ter Beoordeling van Oncologische Middelen (BOM) is ingesteld met de opdracht 'de klinische waarde van nieuwe geregistreerde geneesmiddelen, behandelmethoden en behandelindicaties op het gebied van de medische oncologie te beoordelen, met het doel te komen tot een betere landelijke afstemming binnen de beroepsgroep aangaande het toepassen van nieuwe en vaak kostbare geneesmiddelen in de oncologische praktijk'.

Alle uitgebrachte adviezen en beleidsdocumenten van de commissie zijn openbaar toegankelijk en staan in de openbare database op de website van de NVMO.

De commissie beoordeelt een nieuw oncologisch middel wanneer de resultaten van een studie als full paper zijn gepubliceerd in een peer-reviewed tijdschrift, waarvan de eindpunten conform de actuele PASKWIL-criteria zijn te beoordelen en wanneer het middel door de European Medicines Agency in Europa is geregistreerd. Het beoordelingstraject wordt, indien aan de orde, bij voorkeur afgestemd met de beoordeling door Zorginstituut Nederland.

PASKWIL-criteria

- Palliatief
- Adjuvant
- Specifieke bijwerkingen
- KWaliteit van leven
- Impact van behandeling
- Level of evidence

U kunt de adviezen van de commissie BOM vinden op de NVALT-site bij de Sectie Oncologie en op de site van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO).

Onderstaande adviezen zijn recentelijk toegevoegd.

Adjuvant alectinib in gereseceerd ALK-positief niet-kleincellig longcarcinoom

In de hier besproken ALINA-studie werd een significante verlenging van het primaire eindpunt DFS gezien van adjuvante behandeling met alectinib gedurende 2 jaar ten opzichte van chemotherapie. De overleving was een secundair eindpunt en nog niet matuur.

Deze studie voldoet aan de PASKWIL2023-criteria voor adjuvante studies voor een voorlopig positief advies, in afwachting van de OS-cijfers.

Amivantamab en chemotherapie als eerstelijnsbehandeling bij gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom met een EGFR-exon 20-insertie

In de hier besproken PAPILLON-studie werd een significante verlenging van het primaire eindpunt PFS gezien met een verschil in de mediaan van 4,7 maanden (11,4 versus 6,7 maanden) met een HR van 0,40 (95%-BI: 0,30-0,53; $p < 0,001$) ten gunste van amivantamab met chemotherapie voor gemetastaseerd

NSCLC met een activerende EGFR-exon 20-insertiemutatie. Dit gaat wel gepaard met meer bijwerkingen. De uitkomsten van deze studie voldoen aan een positief advies volgens de PASKWIL2023-criteria voor palliatieve behandeling bij studies waarin de mediane overleving in de controlegroep langer dan 12 maanden is. De kosten van de behandeling zijn aanzienlijk.

Perioperatieve behandeling met pembrolizumab en chemotherapie bij het resectabel niet-kleincellig longcarcinoom

In de hier besproken KEYNOTE-671-studie wordt bij patiënten met een stadium II-IIIB NSCLC na een follow-upduur van 36,6 maanden een statistisch significante verbetering gezien van de overleving bij behandeling met pembrolizumab toegevoegd aan neoadjuvante chemotherapie en als monotherapie adjuvant vergeleken met placebo met neoadjuvante chemotherapie en placebo adjuvant (3-jaars overleving 71,3 procent versus 64,0 procent;

HR 0,72 [95%-BI: 0,56-0,93]; $p = 0,00517$).

Hiermee voldoet deze studie aan de PASKWIL2023-criteria voor adjuvante studies voor een positief advies. Het is met deze studie echter niet aangetoond of postoperatieve immuuntherapie nog een voordeel heeft na neoadjuvante chemo-immuuntherapie, en zo ja in welke subgroep. Hier zijn verdere studies voor nodig. De kosten voor 4 giften neoadjuvante immuuntherapie zijn acceptabel.

NVALT Leidraad sarcoïdose diagnostiek en behandeling van pulmonale sarcoïdose

Sarcoïdose kan zich op zeer uiteenlopende manieren manifesteren, zowel wat betreft de aard van de betrokken organen als de ernst van de afwijkingen. Het spectrum gaat hierbij van een diagnose als toevalsbevinding, zoals bij asymptomatische bilaterale mediastinale lymfadenopathie, tot aan levensbedreigende ziekte, zoals onder andere bij cardiale betrokkenheid het geval kan zijn.

Aangezien pulmonale betrokkenheid bij circa 90% van de patiënten voorkomt, is de longarts doorgaans de coördinerend medisch specialist.

Ook cutane en oculaire betrokkenheid zijn relatief frequent, evenals stoornissen in het calciummetabolisme. In de meeste gevallen zijn deze goed behandelbaar, mits tijdig herkend. In veel gevallen is het ziektebeloop bij sarcoïdose mild en bij ruim de helft van de patiënten bestaat ten tijde van de diagnose geen indicatie voor medicamenteuze therapie. Potentieel levensbedreigende lokalisaties zijn, naast de genoemde cardiale sarcoïdose, vooral complexe pulmonale sarcoïdose en neurosarcoïdose.

De meeste longartsen zullen tijdens hun klinische werkzaamheden op enige wijze met sarcoïdose in aanraking komen. Keuzes rondom de uitgebreidheid van diagnostiek en de behandeling kunnen hierbij complex zijn. Overmatige diagnostiek of behandeling kan leiden tot bijkomende morbiditeit, terwijl het van niet onderkennen van significante orgaanbetrokkenheid of therapeutische opties ernstige nadelige gevolgen kan hebben.

Daarom is op initiatief van de Sectie Interstitiële Longziekten (SIL) deze eerste NVALT leidraad voor de diagnostiek bij sarcoïdose en behandeling van pulmonale sarcoïdose tot stand gekomen. De schrijfcommissie bestond uit zes longartsen van diverse ILD-centra, twee cardiologen met specifieke expertise in cardiale sarcoïdose en een internist-immunoloog. Sarcoïdose.nl heeft vanuit patiëntperspectief aan de leidraad bijgedragen.

De leidraad heeft tot doel handvatten te bieden bij de diagnostiek van sarcoïdose en de behandeling van pulmonale sarcoïdose. Daarnaast worden de aanbevolen screeningsonderzoeken voor niet-pulmonale manifestaties van sarcoïdose beschreven. Om het gebruik in de klinische praktijk te optimaliseren is de leidraad zo beknopt mogelijk gehouden en zijn er meerdere flowcharts in opgenomen.

Tevens wordt de organisatie van de sarcoïdose zorg in Nederland besproken, waarbij aanbevolen wordt wanneer patiënten naar een regionaal centrum dan wel expertisecentrum verwezen dienen te worden. Laagdrempelig overleg met een dergelijk centrum in geval van vragen over de optimale beleidsvoering is uiteraard steeds mogelijk en wordt ook sterk gestimuleerd.

Voor het opstellen van deze leidraad hebben de internationale richtlijnen (ATS guideline Diagnosis and detection of sarcoidosis, 2020, en ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis, 2021, American Heart Association Scientific Statement, 2024 en Management of cardiac sarcoidosis: A clinical consensus statement of the European Society of Cardiology, 2024) als uitgangspunt gediend, aangevuld met bijkomende inzichten uit recente studies. Waar nodig zijn de adviezen aangepast naar de Nederlandse situatie.

Dit is onder meer het geval bij de aanbevelingen over screening op cardiale sarcoïdose. De recente AHA en ESC statements over cardiale sarcoïdose bevatten ten opzichte van eerdere richtlijnen belangrijke veranderingen, die grotendeels gevolgd zijn. In de Nederlandse situatie wordt ervoor gekozen geen echocardiogram standaard uit te voeren bij iedere nieuw gediagnosticeerde patiënt met sarcoïdose, omdat het bewijs voor de meerwaarde bij cardiale sarcoïdose beperkt is, en dit een aanzienlijke impact zou hebben op de zorgcapaciteit.

Verder is het belangrijk om op te merken dat, als het gaat om de behandeling van pulmonale sarcoïdose, het bewijs van lage tot zeer lage kwaliteit is in afwezigheid van grote gerandomiseerde studies.

De leidraad is een dynamisch document, dat bij het beschikbaar komen van nieuwe inzichten aangepast kan worden. Onder meer de binnenkort te verwachten verdere resultaten van de Nederlandse PREDMETH studie, waarbij prednison versus methotrexaat als eerstelijns therapie bij sarcoïdose op gerandomiseerde wijze vergeleken wordt, kunnen hier aanleiding toe geven.

Naast de klinische meerwaarde van deze leidraad, is de totstandkoming hiervan tevens wederom een uiting van de constructieve en inspirerende samenwerking die binnen de SIL aanwezig is en ook al bij de diverse gezamenlijke ILD-studies van Nederlandse bodem getoond is. Het conceptdocument van de schrijfcommissie werd aangevuld met waardevolle suggesties vanuit de overige SIL-leden, waarna het eindresultaat tijdens de SIL vergadering bij het Najaarscongres in Papendal op 18 oktober jl. is goedgekeurd.

De leidraad is beschikbaar via de NVALT-website.

Namens de schrijfcommissie,

*Vivienne Kahlmann,
Rémy Mostard, voorzitters*

Vanuit het AIOS bestuur

Lieve Tessa en Duco, geliefde oud-voorzitter en oud-secretaris,

Met een voorzitter die haar zaken strak voor elkaar had en een secretaris met zeer stipte vergaderagenda's en notulen en een groot hart voor alle interne en externe relaties, was er altijd een goede motivatie voor ons om ook zo hard mogelijk met jullie mee te stralen. Onder jullie leiding hebben we dan ook meerdere zeer fraaie mijlpalen mogen bereiken.

Het vergoedingsdocument cursussen AIOS, de professionalisering van het AIOS-bestuur en het steeds grotere aantal betrokken AIOS bij de vereniging (tijdens de laatste longdagen was er zelfs een nieuw record van bijna 100 aanwezige AIOS) als belangrijke hoogtepunten. We willen jullie als AIOS-bestuur heel graag bedanken voor het uitzetten van de lijnen, jullie heerlijke humor en jullie onmiskenbare vrolijke humeur! En niet te vergeten het jaarlijkse uitje op de Loosdrechtse plassen! We wensen jullie heel veel succes als longarts in het OLVG en op Bonaire. En natuurlijk hopen we dat we jullie op heel veel verschillende plekken binnen de NVALT weer tegen gaan komen.



Het AIOS-bestuur

Taakverdeling AIOS-bestuur

Voorzitter	Tim Gorgels
Secretaris	Tjitske Tjalma
Cursorisch Onderwijs	Olaf Geerse, Rilke snoeren, Sophie Taverne
Beleidcie. Opleidingen	Olaf Geerse, Tim Gorgels, Carlijn Veldman, Tjitske Tjalma, Rilke snoeren, Sophie Taverne, Leonie Timmer
Concilium	Olaf Geerse, Tim Gorgels, Carlijn Veldman, Leonie Timmer, Tjitske Tjalma
Bronkhorst	Carlijn Veldman, Sophie Taverne, Leonie Timmer
De jonge specialist	Tim Gorgels, Tjitske Tjalma, Rilke snoeren
Communicatie	Carlijn Veldman
PulmoScript	Carlijn Veldman, Leonie Timmer, Sophie Taverne
Jonge klaren database	Olaf Geerse, Tjitske Tjalma
Longartsenweek	Tjitske Tjalma, Leonie Timmer, Rilke snoeren
Najaarscongres	Sophie Taverne, Olaf Geerse
Landelijk opleidingsplan	Leonie Timmer, Tjitske Tjalma, Carlijn Veldman

NVALT studiedag 2024

Van stichting NVALT-studies en het NVALT datacenter

Afgelopen november vond weer de NVALT studiedag plaats, met dank aan alle sponsors. Het was de 10e editie in deze vorm en dat moest gevierd worden.

Deelnemers werden in de ochtend getraakteerd op een korte presentatie langs de vele NVALT studies, waaronder de studieresultaten uit de NVALT24 en de NVALT30 studie, nieuwe studies (de DuTOC en de STENT studie). De Harry Groen onderzoeksprijs werd uitgereikt door Harry Groen zelf aan Sophie Ernst van het ErasmusMC, die sommige van jullie kennen van de NVALT22. Sophie heeft heel mooi werk verricht op het gebied van KRAS-mutaties bij longkanker en ze kreeg een cum laude van de jury. Zij werd geroemd om haar inzet, betrokkenheid en de relevantie van het onderzoek. Nogmaals gefeliciteerd Sophie!

Na de lunch splitste de groep zich op. In de grote zaal vond een heuze battle plaats over het Integraal Zorgakkoord onder leiding van Koen Hartemink, longchirurg in het Antoni van Leeuwenhoek & LUMC, en Daphne Dumoulin, longarts in het ErasmusMC. Eerst nam longchirurg Martijn van Dorp van het AmsterdamUMC het op tegen long, gastrointestinaal- en oncologisch chirurg Frank van den Broek uit MaximaMC. Zij hadden het over centralisatie van longchirurgie en 'Volumenorm versus sturen op uitkomst van zorg'. Aanwezigen konden vooraf stemmen en na het betoog van beide chirurgen. Daarna namen de longartsen Wouter Mellema (Noordwest Ziekenhuisgroep) en Michel van den Heuvel (UMC Utrecht) het stokje over. Zij discussieerden over longkankerzorg, of het als basiszorg gezien kan worden i.v.m. hoge aantallen patiënten, over de meerwaarde van een MDO voor de kwaliteit van systeemtherapie, en over centralisatie van longchirurgie. Het zijn belangrijke onderwerpen die de iedereen aangaat die bezig is met zorg voor patiënten met longkanker. Beide pro-con debatten leverden interessant discussie op en stof tot nadenken.

Parallel aan de discussie werden drie interessante presentaties

gegeven. Door Anouk Eijkelboom van IKNL werd een presentatie gegeven over Cijfers bij Longkanker. Prof. Dr. Erik van der Heijden van het RadboudUMC liet zien hoe een longbiopsie wordt afgenomen en hoe belangrijk het is om een longbiopsie te doen voordat de behandeling wordt gestart omdat nog steeds te veel patiënten zinloos met een systeemtherapie starten. Hij gaf als tip mee om iedereen aan te raden om de opleiding te doen voor radiologisch laborant/physician assistant voor interventie-radioloog zodat er meer longbiopsies kunnen worden verricht. De derde presentatie was van Maurits van Montfoort, patholoog uit het NKI AVL. Hij gaf een vervolg op zijn presentatie van vorig jaar. Door hem kennen we nu de moleculaire pathologie achter longkanker.

Bij een van de break-out sessies aan het einde van de dag behandelde Daphne Dumoulin, van het ErasmusMC, de bijwerkingen bij immuuntherapie, over de keuzes die je als arts kan maken bij bepaalde bijwerkingen (medical decision making). Het half uur was eigenlijk te kort voor alles dat we willen weten over bijwerkingen. In de andere zaal werd door het DEDICATION team van het RadboudUMC tips gegeven en gedeeld over Succesfactoren voor een goed lopende studie voor het lokale studieteam. Lizza Hendriks, longarts in het MUMC+ en nieuwe voorzitter van stichting NVALT-studies deelde tips voor een goed lopende studie voor hoofdonderzoekers of coördinatoren van eigen IIS studies. Wij vinden het mooi om te zien dat we van elkaar kunnen leren. Laten we vaker tips & tricks uitwisselen om een studie goed uit te voeren! De studiedag is een goede plek om mensen te ontmoeten die hetzelfde doen als jij maar dan in een ander ziekenhuis.

Na afloop kregen deelnemers een tas en een mooi groen luchtzuiverend plantje mee naar huis. We hopen dat iedereen met goede herinneringen terugkijkt op de NVALT studiedag 2024! Mocht u goede ideeën of wensen hebben voor de studiedag 2025, laat het ons weten op studies@nvalt.nl.

Astrid Keijser

Studiecoördinator stichting NVALT-studies



U kunt de meeste presentaties nakijken via onderstaande links.

Ochtend sessie: NVALT studies en uitreiking onderzoeksprijs: <https://vimeo.com/1035886031/5592b4ab28>

Vervolg ochtend sessies: NVALT studies: <https://vimeo.com/1035891905/7ac9e131a7>

Discussie over IZA: <https://vimeo.com/1035900825/941aec7110>

Scholing: <https://vimeo.com/1035915231/868101e52f>

Break-out sessie over bijwerkingen van Immunotherapie door Daphne Dumoulin: <https://vimeo.com/1035909929/22bd61087f>

Break-out sessie over het uitvoeren van een eigen IIS studie door Lizza Hendriks: <https://vimeo.com/1035927607/4a0d3aea03>

Succesfactoren voor een goed lopende studie efficiënt lokaal studieteam

Tijdens de NVALT studiedag organiseerden Michel van den Heuvel, Rob ter Heine, Olinde Hermans en Demi Peeters een interactieve break-out sessie over actuele thema's in klinisch onderzoek. Deelnemers werden uitgedaagd om in een Lagerhuisdebat hun mening te geven over twee stellingen.

Een behandeling in studieverband als norm?

De eerste stelling, "Een behandeling in studieverband is de norm", liet zien hoe prikkelend dit idee is. Voorstanders benadrukten dat dit veel voordelen kan bieden, mits er voldoende capaciteit beschikbaar is. Zo zou elke patiënt een studiebehandeling kunnen krijgen, wat continuïteit waarborgt en toegang creëert tot meer behandelopties. Bovendien brengen klinische studies financiering vanuit farmaceutische bedrijven met zich mee, wat leidt tot kostenreductie voor zorginstellingen. De groep noemde ook meer real world onderzoek, meer optimalisering van behandeling naast ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. Het verbeteren van de patiëntenzorg werd ook genoemd: deelname aan een studie biedt toegang tot innovatieve behandelingen die mogelijk betere uitkomsten opleveren. Daarnaast kan de patiënt meer keuzevrijheid ervaren.

Tegenstanders wezen echter op belangrijke beperkingen. Een hoger aantal inclusies is niet gegarandeerd omdat niet alle patiënten deel zullen willen nemen aan onderzoek. Ook financieel en praktisch is het niet altijd haalbaar om meer patiënten in studies op te nemen, omdat dit in veel gevallen meer personeel vereist dat tevens moeilijk te werven is. Niet-farma studies zijn vaak niet kostendekkend, zelfs met externe financiering. Bovendien is een behandeling in studieverband niet bewezen beter dan standaardzorg. Afhankelijk van de studie kan deelname ongunstig uitpakken voor de patiënt, bijvoorbeeld door onvoorziene bijwerkingen of tegenvallende effectiviteit. Voor patiënten kan een toename

aan behandel mogelijkheden overweldigend zijn of keuzestress geven. Daarnaast hebben niet alle patiënten meer keuze omdat niet alle patiënten in aanmerking komen.

Back-ups in onderzoeksteams: noodzaak of onhaalbaar?

De tweede stelling, "Voor elke rol in het onderzoeksteam is een back-up", richtte zich op de logistieke en kwalitatieve aspecten van klinisch onderzoek. Voorstanders betoogden dat back-ups essentieel zijn om continuïteit en kwaliteit te waarborgen, zeker als klinisch onderzoek als norm wordt gezien. Ze wezen op het 'bus scenario': als een essentieel teamlid plotseling wegvalt, bijvoorbeeld door ziekte, kan een back-up voorkomen dat een studie stilvalt. Dit is cruciaal voor de voortgang van onderzoek en de borging van patiëntveiligheid en gegevenskwaliteit. Het idee van een back-up werd gepresenteerd als een logische standaard die aansluit bij de groeiende professionalisering van onderzoeksteams.

De tegenstanders benadrukten echter de praktische uitdagingen van deze stelling. Het structureel inbouwen van back-ups vraagt om extra middelen en personeel, wat logistiek lastig te realiseren is. Er is ook een risico dat de kwaliteit afneemt wanneer het back-up teamlid niet beschikt over dezelfde ervaring of expertise. Deze factoren maken het implementeren van een back-up niet alleen complex, maar mogelijk ook onhaalbaar binnen de huidige kaders van klinisch onderzoek.

Een geslaagde discussie

Het debat onderstreepte het belang van goed georganiseerde teams als fundament voor succesvolle en kwalitatieve klinische studies. We kijken terug op een energieke en leerzame sessie.

Michel van den Heuvel, Rob ter Heine, Olinde Hermans en Demi Peeters van het RadboudUMC

Succesfactoren voor een goed lopende studie

Voor PI en studie coördinatoren

Bij het zelf opzetten van een Investigator Initiated studie (IIS) zijn er verschillende tips die je kunnen helpen om de studie succesvol te laten verlopen. Dr. Lizza Hendriks is zelf hoofdonderzoeker van verschillende IIS studies. Ook helpt zij, vanuit haar rol als bestuurslid bij stichting NVALT-studies, onderzoekers bij het opzetten en uitvoeren van hun studie. In dit artikel vind je tips voor een succesvolle IIS studie.

Waarom een Investigator Initiated Studie?

Academisch klinisch onderzoek is hard nodig! Bijvoorbeeld voor optimalisatie van de behandeling of optimalisatie van het gezondheidssysteem. Ook medical unmet needs zoals studies bij ouderen, patiënten met een matige performance status of hersenmetastasen worden vaak niet beantwoord door farmaceutische bedrijven.

Een IIS studie is -vergeleken met een studie vanuit de farmaceutische industrie- vaker multidisciplinair, omdat de behandeling van en zorg rondom een patiënt ook vaak multidisciplinair is. Denk daarbij niet alleen de behandelend specialisten, maar ook aan de patholoog, apotheker en radioloog. Een multidisciplinaire studie stelt ons in staat om vragen vanuit de verschillende specialismes te beantwoorden. Een IIS kan er ook aan bijdragen om het netwerk van de betrokkenen te vergroten en uiteindelijk weer nieuwe studies op te zetten om de zorg verder te verbeteren.

Het doel van een IIS is om onderzoek te doen dat kwalitatief goed is, dat voldoet aan wet- en regelgeving, waarbij het belang en veiligheid van de patiënt en integriteit van data voorop staat.

Essentiële onderdelen van een klinische studie

- Beantwoord een wetenschappelijke vraag,
- Verbeter de behandeling (toxiciteit, duur, kosten),
- Probeer de patiëntendoelgroep zo eenvoudig mogelijk te houden,
- Wees realistisch qua hoeveelheid studiehandelingen en – onderdelen,
- Denk aan translationeel onderzoek,
- Denk aan de toekomst. Hoe ziet de wereld er over 5 jaar uit. Is je onderzoek dan ook nog relevant?,

Een goed onderzoek is aantrekkelijk voor alle betrokkenen. Collega's bij deelnemende ziekenhuizen moeten de studie willen openen en patiënten includeren, en ook de patiënten(vereniging) moeten achter je plan staan om de studie succesvol te laten zijn. Het helpt als je zelf enthousiast bent, en je zelf de discussie initieert over je studie-idee. Luister hierbij goed naar de feedback en doe daar wat mee in het opzetten van de IIS.

Vaardigheden en kennis

Als hoofdonderzoeker heb je verschillende vaardigheden en kennis nodig. Naast coördineren en delegeren zijn dat:

- Kent de incidentie en epidemiologie van de ziekte en behandeling,
 - Kent de achtergrondliteratuur en weet welke studies er lopen,
 - Heeft een cursus gevolgd 'statistiek voor niet-statistici',
 - Snapt het studiebudget: Welke kosten zijn variabel, en welke zijn vast,
 - GCP/ BROK is verplicht,
 - Heeft kennis van het indieningsproces (METC toetsing of niet-WMO verklaring),
 - Is op de hoogte van vereisten van werkgever als je PI wordt van een studie,
 - Zoek ondersteuning voor de opzet en uitvoering van je project: je kan niet zonder een professioneel trial/ datacenter. Het is erg ingewikkeld om te voldoen aan alle wet- en regelgeving rondom onderzoek, en aan de praktische kanten zoals documentatie of indiening via CTIS*,
- *Quote Stan van Belkum, directeur CCMO, oktober 2024: 'onderzoek doen, doe je niet alleen. Je hebt research professionals nodig'.

Schrijf- en communicatie vaardigheden

- Voor de haalbaarheid van je project: maak een synopsis en een goed budget. Dit stuur je rond naar potentiële sites die gaan meenemen. Houd contact met de sites en neem feedback mee. Denk hierbij ook aan 'wat is standaardzorg' omdat de ervaring is dat binnen een IIS er in de verschillende ziekenhuizen wisselend wordt omgegaan wat als standaardzorg neergezet wordt,
- Schrijf een duidelijk protocol en gebruik daarbij de laatste CCMO template. In het protocol noteer je duidelijke in- en exclusiecriteria. Helder omschreven studiehandelingen, waarbij de tekst en tabellen overeenkomen. Noteer goed wat er gebeurt rondom einde van de studiebehandeling is, en wat het einde van de studie is (einde follow up) per patiënt of voor de studie als geheel. Doe geen gecompliceerde of onnodige testen omdat je daarmee het gemak van deelname en inclusie naar beneden haalt,
- Schrijf een heldere patiënteninformatie, waarvoor je ook de patiëntenvereniging betreft. De patiëntenvereniging of vertegenwoordiging vraag je natuurlijk ook bij het opzetten van je studie en het ontwikkelen van het protocol,
- Communiceer regelmatig tijdslijnen met de sites tijdens de startup. Zo voorkom je dat een deelnemend ziekenhuis bijvoorbeeld andere competing studies tegelijk met jouw studie laat lopen, en dat er in het deelnemend ziekenhuis op tijd met de voorbereiding van de studie gestart kan worden.

Realistisch budget

- Een goede studie heeft een startup fee (per site), een inclusiefte (per patiënt) en een bedrag voor het invullen van de eCRFs (per patiënt). Dit budget is afhankelijk van

de standaardzorg, en wat er extra wordt gevraagd. Daarnaast heeft het ziekenhuis altijd extra kosten voor de toestemmingsprocedure, voor bijhouden van studiedocumentatie, voor overleg en coördinatie en voor tijd om de studie aan de patiënten uit te leggen,

- Budgetteer geld voor centraal datamanagement (opstellen eCRF en controle op data), statistiek en monitoring. Denk ook aan geld voor afname van patiëntmateriaal en de kosten voor lokale en centrale biobank,
- Budgetteer geld voor research professionals bijvoorbeeld voor bijhouden studiedocumentatie (TMF) en indieningsprocedures. Deze zijn te ingewikkeld geworden om zelf te doen,
- Het aantal sites en de tijdslijnen hebben grote invloed op het budget: bewaak deze dus goed,
- Zoek op tijd funding!

Contracten

- Denk aan regelen van alle contractzaken met deelnemende sites en funder (DTA, CTA, MTA),
- Neem auteurschappen (bijv. van deelnemende sites) hierin op,
- In het protocol kan je een soort NDA-statement opnemen op de protocol signature page.

Teamwork

- Zorg voor een professionele research omgeving en goed contact met het centrale studieteam,
- Zorg voor goed getrainde en geïnformeerde sites. Dit is de verantwoordelijkheid van de lokale PI, maar een duidelijke documentatie helpt hierbij, net als het contact houden met de sites,
- Houd tijdens de studie contact met de sites. Vraag actief hoe het gaat. De informatie van goed inkluderende sites kan je delen met sites die minder goed includeren,
- Stel FAQ's en nieuwsbrieven op.

Wees bereikbaar

- Maak voor je studie een contactsheet en geef hierop aan wie er benaderd kan worden voor welk onderwerp,
- Wees bereikbaar als PI en zorg voor vervanging zodat je altijd binnen 24u kan antwoorden. Snelle beantwoording van vragen is in het belang van de patiënt, maar ook om te laten zien dat de studie ertoe doet.

Team met professionals

- Een goed datacenter heeft duidelijke handleidingen en SOPs,
- Als PI is het je taak om te delegeren en superviseren: wie doet wat, wanneer, en hoe is de terugkoppeling,
- Investeer in de kennis en kunde van alle betrokkenen en waardeer iedereen in je team.

Houd de inclusie in de gaten

- De inclusie aantallen en snelheid zijn belangrijk voor het succes van je studie,
- Begeleid slecht-includerende sites op een constructieve en respectvolle manier, zoek samen naar oplossingen om de inclusie te verbeteren.

Overige zaken

- Zorg dat je tijd inruimt gedurende de gehele looptijd van de studie. Je red het niet om een studie uit te voeren als je alles in het weekend en avonden moet doen tussen de diensten door,
- Wees zichtbaar en aantrekkelijk met je studie. Vertel erover op regionale en eventueel (inter)nationale bijeenkomsten, gebruik netwerken zoals DTG of stichting NVALT-studies.

Dr. Lizza Hendriks, longarts MUMC+



Opleiding in de kijker

Medisch Spectrum Twente (MST) Enschede

In het 'verre oosten', aan het einde van de A1 en voorbij de fabrieken van Johma en Grolsch is een leuk en mooi ziekenhuis te vinden met een nog veel gezelligere afdeling Longgeneeskunde in het Medisch Spectrum Twente (MST) in Enschede.

Onze vakgroep bestaat momenteel uit 5 ANIOS, 8 AIOS en 9 longartsen + 1 longfysioloog. Daarnaast worden we natuurlijk ondersteund door een veelzijdig team van verpleegkundigen, secretaresses, longfunctielaboranten, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Dag in dag uit proberen we er met zijn allen voor te zorgen dat alle Tukkers 'goed te pas zijn'.

Gezien de ligging met grote afstand tot het westen en verschillende academische centra is het in Enschede gelukt om veel expertise te ontwikkelen, waarbij de longgeneeskunde hier in de volle breedte wordt beoefend. We vervullen een regio functie met betrekking tot interstitiële longziekten en longoncologie, met name met betrekking tot chirurgie. Daarnaast is er expertise in ernstig astma, COPD en

is er natuurlijk het befaamde multidisciplinaire slaapcentrum in het pittoreske Oldenzaal, waar een buitenpoli is gevestigd.

Sinds 2016 is de hoofdlocatie van het ziekenhuis gevestigd in het centrum van Enschede, in een nieuw gebouw met daarbij de langste roltrapband van Nederland! Een relatief nieuwe en lichte plek maakt dat het toch allemaal beter vol te houden is tijdens de donkere dagen. Onze verpleegafdeling bevat 32 bedden met daarnaast ook nog een wisselend aantal bedden op de acute opname afdeling. Op de afdeling liggen onder andere patiënten voor chemotherapie, postoperatief na longchirurgie of voor NIV. Het MST beschikt niet over een medium care, wat betekent dat relatief complexe patiënten bij ons op de verpleegafdeling liggen. Wat betreft de opleiding behoren we tot opleidingsregio noordoost en zijn er jaarlijks 1 a 2 opleidingsplekken beschikbaar. De vooropleiding kan zowel in Enschede als op een andere locatie worden gevolgd. Nadien doorlopen de AIOS een veelzijdig stage schema waarbij alle vaste onderdelen aan bod komen, zoals zaal,



consulten, slaap en oncologie. Aangezien we in Enschede de luxe hebben dat er een longfysioloog beschikbaar is, wordt ook veel aandacht geschonken aan de longfunctiestage. Vlot na terugkeer wordt gestart met een dagdeel poli en een dagdeel behandelkamer, wat gedurende de rest van de opleiding zo blijft. Er is ook zeker ruimte voor verdieping op gebied van ILD, ernstig astma en EBUS.

We hebben een uitgebreide onderzoeksafdeling waarbij goede begeleiding en ondersteuning wordt geboden door ons onderzoeksbureau. Daarnaast zijn er warme banden met de Universiteit Twente, waarbij er regelmatig studenten technische geneeskunde stage komen lopen. Naast wetenschap puilt het weekrooster uit wat betreft onderwijsmomenten: radiologiebesprekingen, PA- en obductiebespreking, refereren, richtlijnbesprekingen en ook korte onderwijsmomenten door arts-assistenten, longartsen en verpleegkundigen zijn aan de orde van de dag. Daarnaast gaan we meermaals per jaar met alle AIOS en

enkele longartsen op pad naar het hoge noorden voor regio onderwijs in Groningen.

Er is een actieve assistenten vereniging in MST, die maandelijks activiteiten organiseert zoals borrels, AIOS dag, discipline overstijgend onderwijs en natuurlijk de jaarlijkse opleidingsbarbecue! Ook ondernemen we op onze afdeling genoeg: er wordt maandelijks geborreld, er zijn de jaarlijkse afdelingsfeesten en kerstborrels, we ontsnappen uit escape rooms en bezoeken (en winnen) pubquizen.

Al met al kunnen we zeggen: het is als AIOS goed toeven in het oosten. Twente, daar is niks mis met!

Namens de arts-assistenten van MST

Niek Weerink



Jonge klare in de kijker

Naam: Timothy van de Lisdonk
Geboortedatum: 09-08-1989
Opleiding geneeskunde: Radboud UMC Nijmegen
Opleidingskliniek: Catharina ziekenhuis Eindhoven
Werkt nu in: Catharina ziekenhuis Eindhoven

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

Toen ik aan mijn opleiding begon, was ik eigenlijk van plan om uiteindelijk intensivist te worden, iets wat ik eerder via de interne geneeskunde had geprobeerd te bereiken maar daar waren de opleidingsplekken op dat moment dusdanig moeilijk te verkrijgen dat ik na een aantal jaar via via bij de longgeneeskunde in het Catharina ziekenhuis terecht kwam. Maar gaandeweg de opleiding bleek dat ik het vak van longarts zelf nog veel leuker vond dan werken op de IC. Enerzijds een breed beschouwend vak met veel raakvlakken met andere specialismen, en anderzijds ook veel praktische handelingen en vaardigheden. Het plan om intensivist te worden heb ik dan ook maar laten varen. Wat dat betreft heeft de opleiding mijn verwachtingen dus eigenlijk nog zelfs overtroffen, het heeft me overtuigd dat longgeneeskunde het vak is waarin ik wil blijven werken.

Wat is je aandachtsgebied en hoe ben je daarachter gekomen?

Ik werk op dit moment als allround chef de clinique, en geef vooral ook veel supervisie aan de arts-assistenten. Dit zorgt voor veel variatie en uitdaging in mijn werk, wat het extra leuk maakt. Ik probeer mijn kennis zo goed mogelijk op peil te houden binnen de verschillende aandachtsgebieden, en voor lastige vragen of problemen klop ik gewoon aan bij de desbetreffende collega. We hebben gelukkig een erg fijne groep longartsen in het Catharina ziekenhuis, en kunnen altijd bij elkaar terecht als we ergens niet uitkomen. Maar tijdens mijn opleiding heb ik me wel met name verdiept in de oncologie, ook nog met een verdiepingsstage in het MUMC. Dit trok me het meeste aan op dat moment, de palliatieve begeleiding van patiënten, de snelle ontwikkelingen in het vak, de brede blik die nodig is om alle mogelijk complicaties en problemen op tijd te kunnen ontdekken. Als onze longarts-oncologen er niet zijn ben ik nu dan ook wel degene die voor ze waarneemt, maar het is niet specifiek mijn aandachtsgebied.

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

Om te beginnen natuurlijk de vakgroep, de longartsen die me het vak hebben geleerd. Iedereen werkt net een beetje

anders en daaruit filter je uiteindelijk de werkwijze zoals die jou zelf het beste ligt. Dit helpt me nu ook nog vaak, als ik bedenk "hoe zou collega X dit aanpakken, en hoe collega Y", en daar kies ik dan een goede middenweg in uit. Het is een hele laagdrempelige en leuke, gezellige groep die samen de longgeneeskunde in de volle breedte van het vak goed in de vingers hebben. En nu zijn het mijn directe collega's en mag ik zelf weer andere jonge collega's mee opleiden. Daarnaast heb ik ook veel gehad aan de steun van familie en vrienden, en van mijn man die ik in mijn opleidingstijd heb leren kennen. Zij maakten het mogelijk om de lange werkdagen vol te blijven houden en buiten het werk om toch genoeg te blijven ontspannen.

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

Wat ik ervan mee krijg is dat de arbeidsmarkt voor nieuwe longartsen redelijk goed lijkt te zijn op het moment. Er zijn genoeg vacatures, vaak voor tijdelijke plekken maar de meeste collega's hebben binnen een paar jaar ook al wel een vaste plek gevonden. Er ligt ook meer dan genoeg werk voor ons klaar en dit zal de komende tijd alleen nog maar gaan toenemen, met de vergrijzing. De huidige generatie Jonge Klaren lijkt wel wat minder waarde te hechten aan de huidige structuur van maatschappen en MSB's, ook als ik naar mijn eigen collega's kijk, dus misschien komt er in de toekomst wel weer wat meer ruimte voor vaste loondienst contracten. Dit is overigens ook wat mijn collega's voor mij proberen te regelen in het Catharina ziekenhuis, maar dat is nog even afwachten.

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

Aan het einde van de opleiding is er bij ons ruimte voor een supervisie stage van 3 tot 6 maanden. Daarin mag je als eindejaars AIOS al oefenen met het superviseren van de jongere collega's. Ook draai je dan al mee in de achterwacht diensten, doordeweeks en in het weekend. Als je het nodig vind mag je altijd nog met een achter-achterwacht overleggen, maar dat heb ik zelf alleen maar aan het begin een paar keer gedaan. Door deze stage, en doordat ik in hetzelfde ziekenhuis ben blijven werken als chef de clinique, was de overgang naar longarts niet zo heel erg groot meer. Ook als longartsen overleggen we onderling nog gewoon met

elkaar als we ergens niet uitkomen. En eigenlijk ben je al tijdens je hele opleiding steeds meer zelfstandig aan het werken, en neem je onbewust al meer verantwoordelijkheid op je.

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

Als het mijn collega's lukt om een vast loondienst contract voor me te regelen (een spidma-functie), is het plan dat ik daarna nog een aanvullende opleiding ga volgen tot somnoloog, samen met een PA die bij ons de slaapapneu behandelingen begeleidt. Maar daarnaast blijf ik dan ook gewoon allround werken en veel supervisie geven, en wie weet komen er later nog andere aandachtsgebieden onder mijn hoede. Ik heb inmiddels wel ervaren dat ik eigenlijk alle aspecten van ons vak wel leuk vindt en er voldoening uit kan halen, dus waar ik me inhoudelijk meer mee bezig zou moeten houden maakt me niet zoveel uit, als we het als team maar rond krijgen allemaal.

Hoe combineer je je werk met je gezinsleven?

Een belangrijke keuze die ik daarvoor gemaakt heb is dat ik parttime (0.8 fte) ben gaan werken. Mijn opleiding heb ik wel fulltime afgemaakt, alleen de academische stage in Maastricht werkte ik parttime. Die ene extra vrije dag in de week maakt dat ik genoeg ruimte heb voor mijn gezin, om samen leuke dingen te doen, en geeft tijd voor hobby's als gamen, naar de bioscoop gaan en wandelen met onze hond. Al is het ook wel een dag die ik gebruik voor overvloedige administratie, want dat is en blijft iets wat me vaak niet binnen kantooruren lukt om af te krijgen. Ook heb ik als longarts nu wat meer vakantiedagen, en die gebruiken we zo goed mogelijk om mooie en verre reizen te blijven maken.

Heb jij adviezen voor beginnende arts-assistenten?

Probeer plezier te hebben in je werk en besef je dat we een heel mooi, dankbaar beroep hebben waarmee we veel voor anderen en ook voor elkaar kunnen betekenen. Leer je team kennen en dan heb ik het niet alleen over je collega artsen maar ook over de verpleegkundigen, secretaresses, fysio, diëtiste, maatschappelijk werk, voedingsassistentes en misschien zelfs de schoonmaaksters. Een goede onderlinge sfeer maakt het zware werk voor iedereen een heel stuk makkelijker om vol te houden en maakt dat je altijd graag naar je werk zult blijven gaan.



Stage in de etalage

een verdiepingsstage palliatieve zorg in het ErasmusMC



Hoewel ik de longgeneeskunde als geheel een warm hart toedraag, wist ik al vroeg dat ik mij wilde verdiepen in de thoracale oncologie. Deze specifieke interesse was al gewekt tijdens mijn ANIOS-tijd in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis in Tilburg en heeft zich alleen maar verder ontwikkeld gedurende mijn opleiding tot longarts in het Erasmus MC.

Richting het einde van de opleiding merkte ik zowel binnen als buiten de oncologie dat ik mij in de palliatieve zorg verder zou kunnen verbeteren. Gelukkig is in het algemeen steeds meer aandacht voor dit deel van de geneeskunde, maar bij mijn weten is een gerichte stage binnen geen enkele medisch specialisten opleiding een standaard onderdeel. Ook binnen onze longartsen opleiding is het zeker niet gebruikelijk. Na zeer positieve ervaringen van een collega-AIOS binnen het EMC heb ik besloten om ook een stage palliatieve zorg te gaan doen.

Deze stage wordt vormgegeven binnen het palliatief team van het ziekenhuis, dat onderdeel is van de afdeling medische oncologie. De totale stageduur betrof in mijn geval 9 weken, maar in overleg kan dit naar individuele behoefte worden aangepast. Direct bij aanvang van de stage voelde ik mij erg welkom als volwaardig lid van een prettig team. De eerste 4 weken heb ik gewerkt op de palliatieve zorg unit (PZU). Dit is een klinische afdeling binnen de medische oncologie waar patiënten met complexe palliatieve problematiek worden opgenomen. Dit betreft uiteraard niet alleen patiënten in de laatste levensfase; palliatieve zorg begint immers al zodra een ongeneeslijke aandoening wordt gediagnosticeerd. Op deze afdeling heb ik veel ervaring opgedaan met complexe symptoombestrijding bij klachten zoals pijn, misselijkheid of verwardheid. Maar vooral heb ik ook geleerd om meer en beter aan proactieve zorgplanning te doen. Bij elke patiënt op de PZU wordt hier expliciet aandacht aan besteed.

Vervolgens ben ik 4 weken onderdeel geweest van het palliatief consultenteam. Hierbij heb ik consulten verricht op verschillende afdelingen: dit betrof niet alleen oncologische patiënten, maar ook patiënten met hartfalen, longfibrose of neuromusculaire pathologie. Het kan hierbij gaan om alle facetten van de palliatieve zorg zoals proactieve zorgplanning, symptoombestrijding of ondersteuning van de

hoofdbehandelaar in een complexe palliatieve sedatie. Verder wordt de mogelijkheid geboden om visites te lopen met het pijnteam van de anesthesiologie.

Er is 2x per week een MDO, eenmaal voor de PZU patiënten en eenmaal voor de palliatieve consulten. Hierbij sluiten verschillende disciplines aan zoals radiotherapie, anesthesiologie, longgeneeskunde, psychiatrie, medisch maatschappelijk werk en geestelijke verzorging. Dit levert vaak leuke en leerzame discussies op.

De laatste week van deze stage zal ik doorbrengen in hospice Cadenza in Rotterdam Zuid. Op moment van schrijven zit ik in mijn laatste week van het consultengedeelte en ben ik dus nog niet in het hospice geweest. Mocht iemand geïnteresseerd zijn in mijn ervaringen hier, dan ben ik uiteraard bereikbaar.

Het allerleukste aan de palliatieve zorg vind ik toch wel de soms intense, soms ook luchtige gesprekken die ik met mensen heb gevoerd. Mensen zijn echt bereid om hun hele levensloop op tafel te leggen. Dit levert vaak hele boeiende inzichten op.

Per 1 januari 2025 start ik als longarts met aandachtsgebied oncologie terug in het ETZ in Tilburg. In die rol ga ik absoluut gebruikmaken van wat ik tijdens mijn palliatieve stage geleerd heb. Wat is nou voor deze patiënt en diens naasten écht belangrijk? Die vraag heb ik mijzelf en mijn patiënten veel beter leren en durven stellen en dit wil ik dan ook heel graag gaan toepassen, als er een keuze moet worden gemaakt ten aanzien van een behandeling.

Hiermee kan ik veel van mijn collega-AIOS een stage palliatieve zorg absoluut aanraden. In korte tijd ben je vele ervaringen rijker.

Als kanttekening wil ik nog opmerken dat het kan helpen om deze stage wel pas na de oncologie stage te doen. Mij heeft het bij sommige problemen toch wel geholpen al enige ervaring te hebben met oncologische behandelingen.

Brian de Bruijn



De kracht van diversiteit

In deze tweede aflevering over 'diversiteit in het ziekenhuis' spreken we met Emel Demir.

In een tijd waarin inclusie en diversiteit steeds meer de aandacht krijgen, vormt haar verhaal een krachtig voorbeeld. Als longarts in België, opgeleid in Nederland, weet zij uit eigen ervaring dat het niet moeilijk moet zijn om verschillende achtergronden en perspectieven samen te brengen op de werkvloer. Daarnaast speelt haar keuze om een hoofddoek te dragen een rol in hoe zij wordt gezien en hoe ze zelf naar inclusie kijkt.

Emel groeide op met de overtuiging dat hard werken en toewijding de sleutels zijn tot succes en dat anders zijn niet een nadeel moet zijn. Tijdens haar opleiding in Nederland viel het haar echter op dat er niet altijd evenveel aandacht was voor diversiteit binnen het medische veld en toen ze in België ging solliciteren werd ze geconfronteerd met het beleid van het ziekenhuis om geen geloofsuitingen te tonen. Nadat ze het gesprek aan was gegaan werd besloten dat het dragen van haar hoofddoek geen belemmering hoefde te zijn om haar aan te nemen.

"Het gaat er niet alleen om waar je vandaan komt," vertelt ze, "maar vooral om wie je bent en wat je meebrengt binnen de groep." Haar hoofddoek maakte haar een zichtbare minderheid, iets wat zowel kansen als uitdagingen met zich meebrengt. "Als arts kom je altijd op een kwetsbaar moment, namelijk tijdens ziekte, met een patiënt in contact. Juist daarom is die verbondenheid belangrijk. Voor mij is de spreekkamer een plek waar mijn patiënt openhartig en zichzelf mag zijn. Maar dat geldt dus ook voor mij als arts. Hoe open ik mijn patiënt zonder vooroordelen benader, hoe beter ik een vertrouwensband kan creëren. En die vragen uit nieuwsgierigheid en complimentjes over de kleur van mijn doekje neem ik er graag bij." Binnen haar team benadrukt Emel dat het uitwisselen van

perspectieven de sleutel is tot innovatie en betere zorg. Ze pleit voor een inclusieve aanpak waarbij alle teamleden – ongeacht hun achtergrond, gender of overtuigingen – zich gehoord en gewaardeerd voelen. "Als iedereen hetzelfde denkt, mis je kansen om problemen op een creatieve manier op te lossen, die verschillen maken ons juist rijker" zegt ze. Haar eigen ervaring in Nederland en België toont dat diversiteit geen probleem hoeft te zijn. "Misschien moeten we ons ook meer focussen op onze

Diversiteit is niet een doel op zich, maar een middel om een betere samenleving te bouwen

gelijkenissen dan op onze verschillen, zoals onze zorgen om het klimaat en de wereldpolitiek of wat we vanavond weer moeten koken."

Als Emel naar de toekomst kijkt hoopt ze dat de discussie over diversiteit niet alleen gaat over het aanwezig zijn van verschillende groepen, maar over echte inclusie en gelijkwaardigheid. "Diversiteit is niet een doel op zich, maar een middel om een betere samenleving te bouwen – ook binnen de geneeskunde. Door de aanwezigheid van mensen met diverse achtergronden of overtuigingen binnen de gezondheidszorg, kunnen we samen ook een positieve impact leveren op ongegronde vooroordelen."

Het gesprek met Emel Demir laat zien dat diversiteit een kracht kan zijn, mits organisaties en individuen bereid zijn om deze kracht te omarmen. Of het nu gaat om patiënten die zich gezien voelen of om collega's die elkaar inspireren, verschillen maken ons sterker dan we beseffen.

Wilma Vlug



Klaar

Luc Willems

Na 40 jaar in het LUMC gewerkt te hebben neemt Luc Willems afscheid als longarts. We spreken met hem over zijn liefde voor het vak en zijn visie op het verleden en de toekomst van de longgeneeskunde.

Waarom heb je destijds voor medicijnen en longziekten in het bijzonder gekozen?

Op de middelbare school wilde ik biologie of geneeskunde studeren. Mijn oudere broer studeerde geneeskunde in Nijmegen en kwam met allerlei verhalen thuis over colleges door vermaarde professors tot snijzaal aan toe. Mijn belangstelling was gewekt en ik ging van start aan de Medische Faculteit Maastricht die toen één jaar bestond. Ik liep een aantal coschappen in (toen nog) 'de Goddelijke Voorzienigheid' in Sittard waaronder ook de interne geneeskunde. Ik kon daar na mijn diploma-uitreiking meteen aan de slag voor de tweejarige opleiding die zij hadden. In die tijd kon je nog een gedeeltelijke opleiding interne geneeskunde doen en gaandeweg die 2 jaar kiezen in welk vakgebied verder zou worden gespecialiseerd. Enkele collega's uit de assistentengroep gingen longziekten doen en ik dacht waarom niet? Chirurgie was een van mijn ambities toen ik met geneeskunde begon en in longziekten kon je ook manuele vaardigheden etaleren. In Leiden kon ik een promotietraject ingaan en daarna de resterende 3 long jaren doen.

Wat ga je het meest missen? Het vak, of het LUMC? (en waarom)

Het is vooral het vak in de academische setting dat ik zal missen en daarin het contact met patiënten, collega's, AIOS en studenten. Ik heb mij vooral bekwaamd in interventies en heb dat altijd met veel plezier gedaan. Waar ik altijd speciaal aandacht aan heb besteed is de patiënt goed te begeleiden bij bronchoscopieën en zoveel mogelijk op zijn gemak te stellen. Voor een aantal interventiestudies waren 2 of 3 bronchoscopieën nodig en wel zonder midazolam. Bijna alle patiënten die ik deed stemden ook in de 2e of 3e scopie toe. Het zou goed zijn als voor coaching/begeleiding van de patiënt tijdens een scopie meer aandacht zou zijn in de trainingen binnen de opleiding. Spreekuren zal ik natuurlijk missen, de band die je opbouwt met chronische patiënten of patiënten met een slechte prognose. En natuurlijk de collegezaal en de kennis die je ziet toenemen bij de studenten wanneer je ze een periode onder je hoede hebt.

Je ben opleider geweest, afdelingshoofd, allround longarts met een voorkeur voor oncologie en verrichtingen. Wat bracht je de meeste voldoening?

Ik ben altijd heel tevreden geweest met de keuze voor dit vak in al zijn aspecten. Als ik dan toch een keuze wil maken over wat de meeste voldoening gaf kom ik uit bij onderwijs en opleiding en verrichtingen. Het is fantastisch om jongelui te zien groeien in kennis en vaardigheden door

jouw inspanningen. Het doet goed als je de collegezaal binnenkomt en je ziet dat er veel belangstelling is en een fijne sfeer. Een AIOS of ANIOS die na een aantal gezamenlijke drainplaatsingen een exacte kopie uitvoert van jouw manier van plaatsen, geweldig! Over bronchoscopieën heb ik al een en ander verteld. Daarbij heb ik mij ook toegelegd op de starre bronchoscopie. Vaak uitdagend om bij bedreigde luchtwegen in samenwerking met de anesthesie een oplossing te creëren, wanneer er snel iets moet gebeuren of wanneer er geen alternatieve opties meer zijn. Het is natuurlijk prachtig als het goed is gelukt met meteen palliatie.

Wat zijn de hoogtepunten en dieptepunten van je werkzame leven?

Het was een grote eer om tot beste docent van het LUMC te worden verkozen en later zelfs van de hele universiteit tijdens de opening van het academisch jaar in de Pieterskerk. Een ultieme blijk van waardering. Lesgeven in longgeluiden in het geneeskunde curriculum en bij nascholingen is telkens een feestje en ligt ook goed bij het publiek. Ik doe dat af en toe nog steeds met veel plezier. Ook heb ik veel plezier gehad in mijn bestuursjaren als wetenschappelijk secretaris, het aantal longartsen was toen nog een stuk kleiner en veel van hen kende ik. Donkere dagen braken aan toen we problemen hadden met de opleiding in een periode van weinig mankracht en verloop binnen de staf. Dat was voor mij als opleider erg zwaar. Het is ons gelukt binnen twee jaar de opleiding weer helemaal op de rails te hebben en zo is dat gelijk ook weer een hoogtepunt geworden qua uitkomst en qua beloning voor opleidingsambitie en goede samenwerking binnen de staf.

Wat heb je als longarts zien veranderen in 40 jaar?

Het is bijna niet te bevatten hoe de technologische ontwikkeling en research diagnostiek de behandeling op een heel ander niveau hebben gebracht. Dat geldt voor bijna alle aandachtsgebieden maar het meest spreekt dit aan in de oncologie. Het is niet meer voor te stellen hoe je een patiënt met vermoeden op longkanker in kaart bracht met een thoraxfoto en een bronchoscopie. Bij een centrale tumor of bij verdenking op mediastinale pathologie ook een starre scopie met carinapunctie (onder sedatie, niet onder narcose) en bij stadium IV hielden de mogelijkheden al snel op. Ik herinner me ook nog de bronchogrammen, de longpuncties onder doorlichting, standaard thoracoscopie met talcage bij een PSP, standaard cristabiopsie bij een SCLC, doorlichtingsapparatuur op de poli. Fiberbronchoscopie betekende kijken naar een klein rond venstertje als bij een fundoscoop. Als een longarts mee wou kijken met de assistent werd er een opzetstuk met zijslang gebruikt. Conventionele radiologie apparatuur die tomogrammen kon maken vóór de komst van de CT. Allemaal vervangen door technieken die beter en/of patiëntvriendelijker zijn. Desalniettemin heb ik leuke herinneringen aan de methoden van weleer. Het papieren





dossier (altijd misten er wel een paar) en het heen en weer lopen naar de radiologie maakten het spreekuur regelmatig een uitdaging. We hikten destijds erg aan tegen de komst van het EPD maar daarmee zijn toch grote stappen gezet. De samenwerking tussen meerdere disciplines lokaal (met natuurlijk de MDO's), regionaal en (inter)nationaal alsmede de professionalisering van de wetenschappelijke verenigingen zijn van grote betekenis geweest voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg met merkbaar effect voor je dagelijkse werk.

Wat is niet beter geworden? Registratie en andere administratieve rompslomp houdt in dat steeds meer taken worden ondergebracht in het contact van 10 of 15 minuten tijdens de poli en dat gaat ten koste van het daadwerkelijke contact met de patiënt. Ik kan me voorstellen dat het EPD nog een stuk slimmer kan worden hierin. Datzelfde geldt voor de verpleegkundigen. Doordat we zoveel gebruik maken van echo en andere beeldvorming passen we lichamelijk onderzoek minder toe. We staan daarin als longarts natuurlijk niet alleen binnen de specialismen. Dit betekent wel dat we extra aandacht moeten blijven besteden om die vaardigheden te behouden, vooral tijdens de opleiding maar ook daarna. Bijvoorbeeld voor de situaties waarin even geen beeldvorming beschikbaar is of waarin beeldvorming niet helpt (zoals in het algemeen bij astma en COPD).

Hoe zie je de toekomst van het vak?

Er wordt veel gespeculeerd over het ziekenhuis van de toekomst en de dokter van de toekomst en over de betekenis van de toenemende vergrijzing. Voor deskundigen is het erg lastig om te voorspellen waar we over 30 of 40 jaar staan. En dan kan het zomaar zijn dat er onverwachte ontwikkelingen ontstaan die de toekomstige situatie op

zijn kop zetten. Opeens hadden we een Covid pandemie. Dat betekende acute maar ook lange termijn aanpassingen binnen de gezondheidszorg. De opwarming van de aarde gaat natuurlijk heel veel impact hebben. Als je ziet hoe (niet) wordt gereageerd op de waarschuwendende signalen en verwoestingen wereldwijd wordt het beperken tot 2 graden opwarming een illusie. De politieke ontwikkelingen in Europese landen inclusief Nederland en in de VS maken dat niet beter. Dat zal betekenen dat zodra de urgentie is doorgedrongen meer middelen, mankracht en geld geïnvesteerd zullen moeten gaan worden om leefgebieden te behouden en beschermen. Het moet uit de lengte of de breedte komen dus wat gaat dat betekenen voor het beschikbare zorgbudget?

Terug naar de toekomst van ons vak. Vergrijzing zal in het algemeen betekenen meer benodigde longzorg. De ontwikkelingen naar steeds betere diagnostiek en behandelingen zullen niet stoppen. Meer en meer zullen er keuzes gemaakt moeten worden wat die budgettaire gaan betekenen. Ongetwijfeld gaat AI ons helpen: minder mankracht kan meer en beter met AI. Zoals een bronchogram nu obsoleet is zou het zomaar kunnen dat over 20 jaar een bronchoscopie of een ebus door een longarts obsoleet is geworden. Afwijkingsgeneeskunde wordt steeds belangrijker. Allrounders krijgen een centrale rol binnen longziekten, 'anderhalvelijnszorg'. En dat allemaal tegen de achtergrond van de hierboven geschetste ontwikkelingen.

Waar ben je het meest trots op?

Ik heb een bijdrage geleverd aan de ambities van veel jonge mensen binnen de geneeskunde. In de loop van de jaren werd ik daar regelmatig door hen aan herinnerd. Assistenten bij ons of op andere afdelingen/in andere ziekenhuizen die ik tegenkwam en die mij dan nog eens wilden toevertrouwen dat ze zich mijn colleges herinnerden, specialisten die hetzelfde vertelden of die vertelden dat ze bij mij coassistent waren geweest. En natuurlijk ben ik erg trots op de longartsen die, na hun opleiding bij ons, goed terecht zijn gekomen in een van de vele mooie werkplekken al of niet academisch.

Wat zijn je plannen nu de dagelijkse patiëntenzorg is weggevallen?

Ik heb nu veel tijd voor mijn familie. Ik geniet van leuke dingen doen met mijn kinderen en kleinkinderen en laat me graag strikken om op te passen. Ik heb een grote tuin waar ik nu veel aan kan doen waar ik eerder niet aan toe kwam. Ik hou van de natuur en wil meer met mijn fotocamera gaan doen, in een jacht op vlinders en andere insecten. Ik sta mijn jongere collega's Marlies en Emiel nog af en toe bij tijdens de starre scopieën die zij van mij hebben overgenomen en geef zoals hierboven al vermeld nog een enkele keer les in longgeluiden. Voor bezigheden op de langere termijn, wanneer de kleintjes opa niet meer zo nodig hebben, kijk ik wat er op mijn weg komt.

Prevalentie van stikangst: bevindingen uit de flashmob studie

Uit kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van mensen met ernstig COPD is bekend dat angst om te stikken regelmatig voorkomt (1). Deze angst heeft veel impact en in het geval van COPD kan stikangst een vicieuze cirkel van dyspneu-angst-dyspneu in de hand werken (2, 3). Uit praktijkervaring, en deels ook uit (kwalitatief) onderzoek, is bekend dat stikangst ook voorkomt bij mensen met longkanker, astma en interstiële longziekten (ILD) (4-6). Wat precies de prevalentie van stikangst is onder mensen met chronische longaandoeningen en longkanker is onbekend. In de spreekkamer wordt weinig over stikangst gesproken. Een mogelijke reden, vanuit patiëntperspectief, is dat het een existentiële angst is: het is te bedreigend voor mensen om hierover te spreken. Vanuit het zorgverlenersperspectief wordt niet altijd aan stikangst gedacht, omdat het voor ons evident is dat letterlijk stikken aan een longziekte zeldzaam is. Daarbij is het een onderwerp dat we wellicht niet graag aankaarten, omdat we niet goed weten wat we moeten zeggen. Ben ik wel de juiste persoon om dit gesprek aan te gaan? Ik weet niet hoe deze persoon gaat overlijden, ga ik niet een valse geruststelling geven?

Methode

Om zicht te krijgen op de prevalentie van stikangst bij mensen met chronische longaandoeningen werd op donderdag 19 september jl. een flashmob studie uitgevoerd. De 'data-collectors' waren longverpleegkundigen, longartsen (in opleiding), verpleegkundig specialisten en physician assistants. De te includeren patiënten waren opgenomen voor de longziekten op die dag, met de diagnose astma, COPD, ILD

of longkanker. Bij de dataverzameling stonden twee vragen centraal:

1. 'Bent u wel eens bang (geweest) om te stikken? Zo ja, was dit als gevolg van uw ziekte?'
2. 'Heeft u uw stikangst wel eens besproken met een arts of verpleegkundige?'

Bij beide vragen is doorgevraagd naar de ervaringen van de patiënt, bijvoorbeeld: 'Hoe was dat voor u?', 'Zijn er bepaalde dingen die u helpen, wanneer u deze angst op voelt komen?' en 'Is er nog iets wat u kunt toevoegen, zodat wij meer inzicht in deze angst krijgen?'.

Resultaten

Voor deze studie zijn 45 ziekenhuizen benaderd, waarvan 30 ziekenhuizen (67%) hebben geparticipeerd; 4 academische ziekenhuizen, 13 opleidingsziekenhuizen en 13 algemene ziekenhuizen. In totaal zijn 163/246 (66%) van de gescreende patiënten geïncludeerd. Van hen had 58% COPD, 21% longkanker, 17% astma en 4% ILD.

De gemiddelde leeftijd bij inclusie was 68 jaar (SD $\pm 13,8$, range 20 - 90); 53% identificeerde zichzelf als vrouw. De meerderheid van de geïncludeerde patiënten (n=93, 59%) gaf aan dat ze stikangst hadden als gevolg van hun ziekte. Deze angst was het meest uitgesproken bij patiënten met de diagnose COPD (63% van deze patiënten) en astma (64% van deze patiënten). Van de patiënten met de diagnose longkanker had 37% angst om te stikken en 3 van de 6 patiënten met ILD hadden deze angst ervaren.

Van de patiënten die bekend waren met stikangst, gaven 35 patiënten (38%) aan dat zij deze angst met hun zorgverlener



Nog een aantal quotes van de data collectors:

'Ik heb mooie gesprekken gehad met de patiënten over deze angst. De meesten gaven aan het fijn te vinden dat het onderwerp eens werd besproken. Patiënten lijken toch wel een drempel te ervaren om dit zelf aan te kaarten/te bespreken. Ik heb met de VS hier besproken dat we dit toch eigenlijk ook moeten opnemen in onze standaardlijst aan onderwerpen die besproken moeten worden met de patiënt, bijvoorbeeld na opname. Bij de eerste patiënt moest ik zelf wel even een drempel over. Gezien het feit dat ik niet veel tijd had en daarbij wel alle emoties, die ik misschien ging opentrekken, wilde opvangen.' (VSio)

'Communicatie moet met name inhouden: luisteren/begrip tonen. Daarnaast zeker waardevol om te benoemen dat mensen niet daadwerkelijk stikken, maar pas op dat je daarmee de patiënt niet gevoel geeft dat de angstgevoelens er dan ook niet hoeven te zijn (en niet meer belangrijk zouden zijn).' (Longarts)

'Ik heb het idee dat zorgverleners de stikangst een moeilijk onderwerp vinden. We zien dat het veel impact heeft op kwaliteit van leven maar misschien voelen we ons toch nog te vaak machteloos waardoor we tijdens het gesprek niet de diepte in (durven) gaan. De reparatiereflex zit ons in de weg.' (VS)

'Heb n.a.v. de studie de vraag ook al een aantal keer 'gewoon' in de spreekkamer gesteld.' (Longarts)

Ik vond het een openbaring om te doen! (...) Grappig hoe je met een bepaald 'vooordeel' het gesprek in gaat. In dit geval was het de patiënt met astma en de patiënt met longkanker, en niet de patiënt met COPD die angst hadden om te stikken. (...) Heel indrukwekkend om dan iemand zijn verhalen maar ook angsten te horen. Ik denk dat ik na het gesprek ook veel voor hem heb kunnen betekenen.' (VS)

'Ik denk dat een enkeling het lastig vond om er over te praten, maar het viel mij erg mee. Ik had meer 'problemen' verwacht. Ik vond het zelf vooral lastig om goede bewoordingen te vinden en ik denk dat als ik het op mijzelf en mijn collega's betrek vooral ook bij zorgverleners de angst er is om een probleem aan te wakkeren wat er misschien niet is.' (Longarts)

Communicatie bij de hulpverlener kan zeker beter, ook als ik in mijn directe omgeving kijk.

Soms meer de focus op het toetsenbord en hoeveel procent FEV1 dan de mens erachter.

(...) Vind de factor tijd/drukke wel een ding.' (Longarts)

hebben besproken en dat zij adequate hulp hebben gekregen; 26 patiënten (28%) vonden het niet nodig om deze angst met een zorgverlener te bespreken. De overige 32 patiënten (34%) bespraken deze angst niet maar vonden het wel nodig, of bespraken deze angst wel terwijl ze het niet nodig vonden, of bespraken de angst maar kregen onvoldoende hulp.

Hieronder een aantal uitspraken van patiënten die tijdens het doorvragen naar boven zijn gekomen:

- 'Tegenwoordig is er zoveel druk op de zorg waardoor het minder persoonlijk is en er vaak niet op dit soort problemen wordt doorgesproken. Mijn tip: vraag ernaar als arts, maak het bespreekbaar, wees er open over.'
- 'Dan zeggen ze me dat ik door mijn neus in moet ademen en door de mond uit. Ja, dat kan natuurlijk niet als je zo benauwd bent. Het komt ook heel streng of bozig over, daar zit je dan niet op te wachten. Ik heb liever dat ze dan rustig zijn.'
- 'Soms helpt alcohol maar ik moet opletten dat het 'met mate' blijft.'
- 'Het maakt het erger als je alleen bent.'
- 'Ik vind het lastig om over mijn stikangst te spreken. Ik ben bang dat ik het stempel krijg dat ik psychisch niet in orde ben.'

- 'Je kunt het je ergste vijand niet. Je plast in je broek van angst.'

Veel geïnterviewde patiënten gaven aan goede support te hebben gekregen van longverpleegkundigen, longartsen en huisartsen, en in de revalidatiekliniek.

- 'Bij Beatrixoord heb ik ademhalingsoefeningen gekregen, deze hielpen goed.'
- 'Ik heb een hele duidelijke verpleegkundige gehad tijdens een aanval, daarna kon ik mezelf helpen door rustig te blijven en ademhalingsoefeningen te doen.'
- 'Ik heb een gesprek gehad met mijn arts over stikken, daarna is de angst wel minder geworden.'
- 'Ik miste tips ten aanzien van stikangst vanuit het ziekenhuis, tijdens de revalidatie heb ik dit wel gehad.'

Beschouwing

Deze studie naar de prevalentie van stikangst in een populatie van patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis vanwege hun longaandoening toonde aan dat ruwweg twee derde van de patiënten met chronische obstructieve longziekte bekend is met deze angst. Van degenen die zijn opgenomen met longkanker heeft een derde angst om te stikken. Het aantal geïnccludeerde patiënten met ILD was te laag om een schatting

van de prevalentie te geven. De data collectors waren positief over het voeren van dit gesprek. Dit komt overeen met onze veronderstelling dat angst om te stikken actief kan worden aangepakt door zorgverleners die mensen met een ernstige longziekte behandelen en ondersteunen, mits het onderwerp op een sensitieve wijze aan de orde wordt gesteld. Het flashmob design is heel geschikt voor een onderwerp dat tamtam nodig heeft. Omdat het op één dag gevoerd wordt, is het een soort 'actie', met belangrijke media-aandacht tot gevolg. Dit kan ertoe leiden dat zo'n precair onderwerp bespreekbaarder wordt, hetgeen onze patiënten ten goede kan komen. Nog iets wat dit project ons heeft geleerd: wat een fantastische, enthousiaste en bevroegen groep longverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en PA's we hebben in Nederland. Zonder hen had deze studie nooit uitgevoerd kunnen worden!

Els M.L. Verschuur (senior projectleider Palliatieve zorg bij COPD, Long Alliantie Nederland)

Kris Mooren (longarts en consulent palliatieve zorg)

Palliatieve zorg is een centraal onderwerp voor de Long Alliantie Nederland (LAN). Het programma Compassion heeft als doel palliatieve zorg voor mensen met COPD en hun

naasten te verbeteren. In de afgelopen jaren hebben vele samenwerkingspartners bijgedragen aan het ontwikkelen van handvatten voor zorgverleners en hulpmiddelen voor patiënten om zo bij de behoeften van de praktijk aan te sluiten. De materialen vindt u in de online toolbox 'Passende palliatieve zorg bij COPD' (www.palliatievezorgcopd.nl).

Referenties

1. Kunik M, Roundy K, Veazey C, et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*. 2005 Apr;127(4):1205-11
2. Benke C, Hamm A, Pané-Farré. When dyspnea gets worse: Suffocation fear and the dynamics of defensive respiratory responses to increasing interoceptive threat. *Psychophysiology*. 2017 Sep;54(9):1266-1283
3. Schloesser K, Bergmann A, Eisenmann Y, et al. Interaction of panic and episodic breathlessness among patients with life-limiting diseases: a cross-sectional study. *Ann Palliat Med*. 2023 Sep;12(5):900-911
4. Serresse L, Guerder A, Dedonder J, et al. 'You can't feel what we feel': Multifaceted dyspnoea invisibility in advanced chronic obstructive pulmonary disease examined through interpretative phenomenological analysis. *Palliative Medicine* 2022, Vol. 36(9) 1364–1373
5. Hall S, Legault A, Côté J. Dying means suffocating: perceptions of people living with severe COPD facing the end of life. *Int J Palliat Nurs*. 2010 Sep;16(9):451-7
6. Palmer E, Kavanagh E, Visram S, et al. When should palliative care be introduced for people with progressive fibrotic interstitial lung disease? A meta-ethnography of the experiences of people with end-stage interstitial lung disease and their family carers. *Palliative Medicine* 2022, Vol. 36(8) 1171–1185





NVALT Longartsenweek 2025

14-15 of 16-17 april 2025, Papendal Arnhem

De Longartsenweek 2025 staat volledig in het teken van samenwerking. Longartsen en andere zorgprofessionals bundelen hun krachten om de patiëntenzorg naar een hoger niveau te tillen. Dit jaar bieden we een inspirerend programma met toonaangevende sprekers en verdiepende sessies over de nieuwste ontwikkelingen in ons vakgebied zoals:

- De rol van AI in de longgeneeskunde
- Innovatieve chirurgische technieken
- De laatste inzichten binnen de radiologie
- Complexe slaaptherapie en respiratoire allergie
- Multidisciplinaire aanpak bij systeemziekten en NMA-patiënten
- Beroepsgelateerde longziekten en palliatieve zorg

Mis deze unieke kans niet om kennis te delen, te netwerken en samen de toekomst van de longgeneeskunde vorm te geven!

Workshops:

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

- Uitdaging in de zorg: medicatie tekort
- Samen beslissen + cultuur sensitieve zorg
- Echocardiografie, wegwijzer voor de longarts
- Inspanningsfysiologie



Gastspreker: **'Energiek Samenwerken'**

Jochem Uytdehaage

*Olympisch schaatskampioen, spreker,
trainer én Inspirator vitaliteit.*

Facultatieve sportactiviteiten:

Op dinsdag en donderdag kan de dag vanaf 07.30 uur gestart worden met een sport/buitenactiviteit. Onder begeleiding van bijvoorbeeld een collega longarts kunt u een trefbal clinic volgen, een boswandeling maken, of een mini bootcamp doen.

Aanmelden kan via de link op de website. U komt dan in het inschrijfformulier waar u voor alle bovengenoemde activiteiten kunt inschrijven, aan kunt melden of een keuze kunt maken. Ga dus snel naar het inschrijfformulier.

ALV:

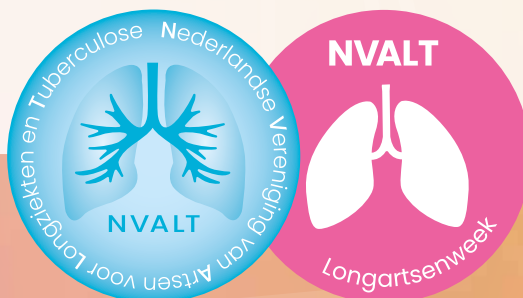
Op dinsdag 15 april om 17.00 uur zal de Algemene Ledenvergadering plaatsvinden waar u van harte voor bent uitgenodigd.

Diner:

We vinden het fijn en gezellig om gezamenlijk te dineren op Papendal op de maandag of de woensdagavond. Dinsdagavond aansluitend aan de ALV drinken we eerst samen een drankje ter ere van de scheidende en nieuwe voorzitter van de NVALT. Daarna is er de mogelijkheid om samen te eten (kosten € 40,-) U kunt zich aanmelden voor deze diners tijdens het registreren voor deelname aan het congres. Wanneer u zich aanmeldt gaan we ervan uit dat we op uw komst kunnen rekenen. We willen zo veel als mogelijk verspilling van voedsel voorkomen. Aanmelden is dus niet vrijblijvend.

Met eventuele diëten wordt rekening gehouden.

Op onze website www.NVALT.nl wordt over alle onderwerpen in deze uitnodiging meer uitleg gegeven. Zo vindt u informatie over de onderwerpen, de sprekers en verwijzingen naar literatuur.



Het SUITS project

Zorg op afstand voor meer grip op longfibrose – de ontwikkeling en evaluatie van een hybride zorgpad

Thuismonitoring biedt mogelijkheden om de zorg voor mensen met chronische longziekten te verbeteren. Met de juiste apparatuur kunnen patiënten thuis hun ziekte monitoren en meetresultaten delen met hun zorgteam. Dit kan het aantal ziekenhuisbezoeken verminderen, ook wel hybride zorg genoemd, waarbij er zorg in het ziekenhuis gecombineerd wordt met zorg op afstand. Aan de andere kant kunnen mensen nauwkeuriger worden opgevolgd door regelmatige metingen. Een ander doel van thuismonitoring is het stimuleren van zelfmanagement, waarbij mensen meer grip krijgen op hun ziekte en beter inzicht krijgen in hun gezondheid. Thuismonitoring wordt vaak beschouwd als panacea voor problemen in de zorg. Echter, structurele evaluatie en onderzoek naar de effecten van thuismonitoring op zorguitkomsten, kosten en welzijn van patiënten en zorgprofessionals ontbreekt vaak. In het SUITS project implementeren en evalueren we een hybride zorgpad voor mensen met longfibrose.

Fibrotische interstiële longziekten, ook bekend als longfibrose, vormen een diverse groep van meer dan 200 zeldzame aandoeningen met een heterogeen ziektebeloop. Voor mensen met idiopathische longfibrose bestaat de behandeling uit fibroseremming vanaf diagnose. Bij de andere vormen van longfibrose worden fibroseremmers gestart als er progressie van de fibrose is, hetgeen goede monitoring van het ziektebeloop essentieel maakt. Een andere uitdaging is het instellen immunosuppressiva en/of fibroseremmers, waarbij een goede balans tussen tolerabiliteit en bijwerkingen moet worden gevonden.

Momenteel komen mensen met longfibrose ongeveer vier keer per jaar naar de poli voor longfunctie monitoring en eventuele aanpassingen in medicatie. Dit is niet alleen een belasting



Figuur 1: Deelnemende centra aan de SUITS studie. Na deze studie zal het SUITS-project uitgebreid worden naar alle geïnteresseerde centra van het ILD netwerk.



voor het zorgsysteem, maar ook voor de patiënt en naasten. Daarnaast is deze frequentie voor de ene patiënt te hoog en voor de ander juist te laag. Omdat iedere patiënt unieke zorgbehoeften heeft, is een gepersonaliseerde aanpak essentieel. Zorgvuldige monitoring is daarbij cruciaal om progressie tijdig te signaleren en medicatie optimaal in te stellen. Door betere methoden te ontwikkelen om mensen met longfibrose te monitoren, streven we ernaar de zorg voor mensen met longfibrose verder te verbeteren.

In de SUITS studie evalueren we een hybride zorgpad ten opzichte van reguliere zorg voor mensen met longfibrose. De SUITS is een gerandomiseerde nationale multicenter studie, gefinancierd door ZonMw. De deelnemende centra zijn terug te zien in figuur 1 en zijn betrokken via de NVALT, sectie ILD. Er zullen in totaal 220 patiënten een jaar lang worden opgevolgd in de twee studiearmen. De primaire uitkomstmaat is zelfmanagement, gemeten met een gevalideerde vragenlijst (Patient Activation Measure, PMID: 15230939 en PMID: 34515234). Secundaire uitkomstmaten omvatten impact op de kwaliteit van zorg, toegankelijkheid van thuismonitoring, effecten op formele- en informele zorgkosten en ervaringen van patiënten, dokters en verpleegkundigen.

In de interventiegroep wordt de helft van de reguliere polikliniekbezoeken vervangen door thuismonitoring en videoconsulten. De thuismonitoring die gebruikt wordt in de interventiegroep bestaat uit wekelijkse thuisspirometrie (figuur 2) en saturatiemetingen, symptoom rapportage en regelmatige vragenlijsten over kwaliteit van leven en bijwerkingen van fibroseremmers. Er zijn alarmen ingesteld op een dalende longfunctie, toename in symptomen en hinderlijke bijwerkingen. Deze komen direct binnen bij het zorgteam. De controlegroep krijgt reguliere zorg, volgens de huidige Nederlandse standaarden (figuur 3).

Het SUITS project, voor en door alle betrokkenen

Mensen met longfibrose spelen een centrale rol in het SUITS project. Als ervaringsdeskundigen kunnen zij ons het beste adviseren hoe de zorg voor hen verbeterd kan worden.



Figuur 2: Grafieken van de thuispirometrie op de portal van de zorgprofessional en de thuismonitoring app met inzicht in scores

Hun inzichten hebben al een grote bijdrage geleverd aan de vormgeving van het studiedesign. Op basis van hun feedback hebben we bijvoorbeeld het aantal vragenlijsten in de studie verminderd en het eConsult ingevoerd. Deze samenwerking heeft geresulteerd in de Peter Sterk patiëntparticipatie prijs voor dit project (<https://www.longfonds.nl/nieuws/delian-hofman-wint-sterk-participatie-prijs-2024>).

Naast patiënten zijn ook zorgprofessionals, zorgverzekeraars en implementatiedeskundigen betrokken bij het ontwerp van de studie en het optimaliseren van het zorgtraject. Door interviews met longartsen en verpleegkundigen met ervaring in ILD hebben we belemmerende en bevorderende factoren rondom thuismonitoring voor mensen met longfibrose in kaart gebracht en verwerkt in het studiedesign. Tijdens een stakeholder meeting zijn de doelen van de studie bediscussieerd en zijn uitkomstmaten gezamenlijk vastgesteld. Na afloop van de studie zullen we opnieuw met deze groep samenkomen om te werken aan een duurzame implementatiestrategie op basis van de studieresultaten. In deze fase kunnen 11 centra meedoen, maar

gezien de interesse van andere centra, zullen we het project hierna verder uitrollen en deze centra hierbij ook bij betrekken.

Momenteel wordt een subgroep van mensen met longfibrose die gebruikmaken van thuismonitoring regelmatig geïnterviewd om hun ervaringen te verzamelen. Na een jaar thuismonitoring brengen we hen samen in een focusgroep om het zorgpad op een interactieve manier verder te verbeteren. Gedurende het project blijft de betrokkenheid van andere stakeholders gewaarborgd door middel van interviews over de implementatie, zowel binnen verschillende ziekenhuizen met zorgmanagers en zorgprofessionals, als op regionaal en nationaal niveau met zorgverzekeraars.

Implementatie van thuismonitoring

Het SUITS-project draagt bij aan de verdere implementatie van thuismonitoring in de zorg voor mensen met longfibrose. Door patiënten en andere stakeholders vanaf het begin en gedurende het hele project te betrekken, creëren we een zorgtraject dat

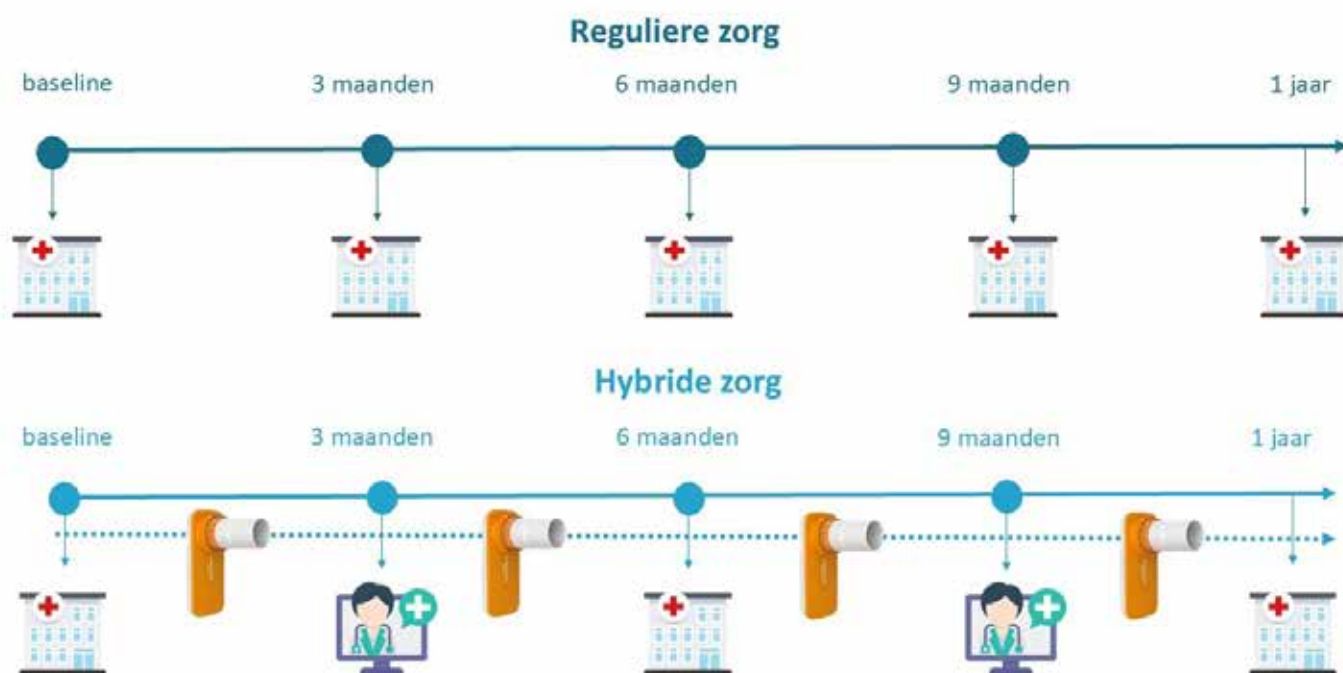


écht aansluit op de behoeften van mensen met longfibrose. Dit zorgt niet alleen voor betere monitoring en zorg op maat, maar draagt ook bij aan een toekomstbestendig zorgsysteem waarbij innovatie en patiëntgerichte zorg hand in hand gaan.

Heeft u vragen over de SUITS studie? Neem dan contact op met Delian Hofman, arts-onderzoeker/promovendus
E-mail: SUITS@erasmusmc.nl
Tel: +31 6 50162675

Veel dank aan alle betrokken patiënten, de studieteams, (specialistisch) verpleegkundigen, longartsen in de deelnemende centra en de app ontwikkelaar patientMpower.

*Amphia Breda - Daan Loth
Catharina Eindhoven - Eveline Schakenraad
Erasmus Medisch Centrum - Delian Hofman, Marleen de Mul, Karen Moor en Marlies Wijsenbeek
Haaglanden Medisch Centrum - Eva Bots en Marieke Overbeek
Leiden Universitair Medisch Centrum, Kelly van Doorn-Hogervorst
Medisch Centrum Leeuwarden, Jan van der Maten
OLVG Amsterdam, Paul Bresser
Rijnstate Arnhem, Linda Moonen
St. Antonius Nieuwegein, Frouke van Beek
Universitair Medisch Centrum Utrecht, Renske Vorselaars en Esther van Splunter
Zuyderland Medisch Centrum, Rémy Mostard*



Figuur 3: De twee studie armen in de SUITS studie: reguliere zorg en hybride zorg

Adaptive Immune Responses and Treatment in Sarcoidosis and Pulmonary Fibrosis

The road towards personalized medicine

Samenvatting proefschrift Jelle Miedema

Erasmus Universiteit Rotterdam, 5 november 2024

Promotoren: Prof. dr. R.W. Hendriks, Prof. dr. M.S. Wijsenbeek-Lourens

Copromotor: Dr. O.B.J. Corneth



In dit proefschrift hebben we ons gericht op de immuunrespons van het verworven afweersysteem en nieuwe gepersonaliseerde behandelingen van twee relatief veelvoorkomende ILDs: sarcoïdose en longfibrose. De complexe immunopathogenese van sarcoïdose wordt beschreven in hoofdstuk 2. Het is momenteel nog onbekend of eigenschappen van T cellen in het PB kunnen worden gebruikt als klinische of therapeutische biomarkers. Ons eerste doel was om circulerende T cellen te identificeren die patiënten met sarcoïdose kunnen onderscheiden van gezonde controles en die correleren met de prognose van de ziekte. In een prospectieve studie, beschreven in hoofdstuk 3, voerden we een diepgaande fenotypische karakterisering uit van perifeer bloed (PB) T cellen bij onbehandelde patiënten met sarcoïdose en gezonde controles. In dit onderzoek vonden we dat fenotypische kenmerken van meerdere PB T-cel subsets van patiënten anders waren dan die van de gezonde controles en dat deze correleren met de prognose. Vervolgens onderzochten we PB T cellen en hun fenotype als therapeutische biomarkers, zoals beschreven in hoofdstuk 4. We evalueerden percentages en fenotypes van circulerende T cel populaties bij nieuw gediagnosticeerde patiënten met pulmonaire sarcoïdose voordat behandeling met prednison werd gestart en correleerden deze met de longfunctie respons na 3 en 12 maanden. We vonden significante correlaties tussen het fenotype van PB T cellen bij diagnose en $\geq 10\%$ absolute toename in geforceerde vitale capaciteit (FVC) na behandeling. Een uitgebreid overzicht van geneesmiddelen die geassocieerd zijn met het ontstaan van drug induced sarcoïdose like reactions (DISRs) wordt besproken in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 beschrijven we onze onderzoeksbevindingen in een subgroep van deelnemers aan de prospectieve open-label fase II studie naar de veiligheid en werkzaamheid van abatacept voor chronische, steroïd-refractaire sarcoïdose. T cel fenotypes en activatiemarkers werden geanalyseerd bij start van de studie en gecorreleerd met de longfunctie respons na 1 jaar

behandeling. We vonden dat verschillende circulerende T cel subsets bij patiënten met therapieresistente pulmonaire sarcoïdose meer CTLA-4 tot expressie brengen dan controles. Daarnaast correleerde een lage expressie CTLA-4 op verschillende T cel subsets in sarcoïdose met een gunstige longfunctierespons na een jaar behandeling met abatacept.

Transgene muismodellen om de immunopathogenese van sarcoïdose te bestuderen zijn schaars. Om de rol van de CD28/CTLA-4 pathway in de pathogenese van sarcoïdose te onderzoeken hebben we gebruik gemaakt van het Cre-loxP systeem om muismodellen te ontwikkelen met een selectieve afwezigheid van CTLA-4 op IL-17-producerende T cellen, evenals CTLA4 haplo-insufficiëntie voor zowel IL-17-producerende T cellen als Tregs (hoofdstuk 7). Muizen met een volledige deficiëntie van CTLA-4 in hun IL-17-producerende cellen vertoonden kenmerken van spontane T-cel activatie. Ze vertoonden echter geen tekenen van (spontane) sarcoïdose. Muizen met CTLA-4 haplo-insufficiëntie in Tregs vertoonden ook tekenen van spontane T cel activatie. Op basis van deze gegevens denken we dat blootstelling aan specifieke triggers, zoals trehalose 6,6'-dimycolaat, meer uitgesproken en chronische granulomateuze ontsteking zullen geven en dat dit model gebruikt kan worden om de immunopathogenese van sarcoïdose te onderzoeken.

In hoofdstuk 9 beschrijven we een multicenter prospectieve studie (uitgevoerd door de sectie ILD van de NVALT) waarin de veiligheid, tolerantie en werkzaamheid van het antifibrotische geneesmiddel pirfenidon bij asbestosepatiënten met een progressief fenotype werd onderzocht. In deze studie vonden we aanwijzingen voor een positief effect van pirfenidon. We lieten verder zien dat dagelijkse thuismonitoring van longfunctie het effect van de behandeling op FVC bij longfibrose kan identificeren, ondanks een relatief kleine groep patiënten in de studie.

We hebben in dit proefschrift aangetoond dat diepgaande fenotypering van circulerende T cellen potentiële biomarkers voor prognose en respons op behandeling bij patiënten met sarcoïdose kan opleveren. Betere biomarkers, toegenomen kennis van pathogenese en nieuwe manieren om de behandelrespons te meten zorgen hopelijk voor de transformatie van een one-size-fits-all benadering naar een gepersonaliseerde behandeling van patiënten met sarcoïdose en longfibrose in de nabije toekomst.

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



Different faces of severe asthma - From comorbid bronchiectasis to patient perspectives

Samenvatting proefschrift Saar van Nederveen-Bendien

Universiteit van Amsterdam, 7 november 2024

Promotor: Prof. A.H. Maitland- van der Zee

Copromotor: Dr. A. Ten Brinke



Wereldwijd lijden ruim 300 miljoen mensen aan astma, met een prevalentie in Nederland van ongeveer 370.000 volwassen patiënten. Een minderheid (5-10%) van alle patiënten, heeft ernstig astma. Dit zijn de patiënten die in de 2e of 3e lijn onder behandeling zijn; zij vormen de doelpopulatie van de onderzoeken die in dit proefschrift zijn opgenomen. In dit proefschrift hebben we specifiek gekeken naar een subgroep van patiënten die naast ernstig astma ook bronchiëctasieën

hebben. Daarnaast lag de focus op behandeling met biologicals en hoe deze behandeling door patiënten wordt ervaren zowel in het ziekenhuis als via intraveneuze thuistoediening. Tenslotte is er gereflecteerd op 'essentiële uitkomstmaten' (core outcome measurements) en patiënt gerelateerde uitkomstmaten bij ernstig astma trials met biologicals.

Voor het eerste onderzoek maakten we gebruik van de gegevens uit een cohort van patiënten met ernstig astma uit het HagaZiekenhuis teneinde klinische, functionele, radiologische, inflammatoire en microbiële kenmerken tussen patiënten met en zonder bronchiëctasieën te vergelijken.

Deze studie liet zien dat bronchiëctasieën bij ernstig astma vaker voorkomen bij patiënten met een langere astma-duur, een hogere leeftijd bij presentatie, en sensibilisatie voor *Aspergillus fumigatus*. Gebaseerd op een combinatie van inflammatoire biomarkers en klinische kenmerken, leken bronchiëctasieën vaker voor komen in een subgroep van patiënten met het 'late-onset eosinofiele' astma fenotype. Deze bevindingen kunnen mogelijk bijdragen aan vroegtijdige herkenning van bronchiëctasieën bij ernstig astma en gerichte behandeling van deze complexe patiëntengroep.

Hierop volgend evalueerden we de 'real-world' effectiviteit van behandeling met anti-IL-5/5Ra biologicals bij 97 volwassen patiënten met ernstig eosinofiel astma en (CT-scan bevestigde) bronchiëctasieën uit het RAPSODI register. Omdat patiënten met bronchiëctasieën zijn geëxcludeerd uit fase 3 biological trials bij ernstig astma, was de respons op behandeling met anti-IL-5/5Ra biologicals in deze groep onbekend. Na 12 maanden behandeling met anti-IL-5/5Ra biologicals vonden we een significante afname in het aantal exacerbaties, de onderhouds- behandeling met prednison en de cumulatieve dosis van orale corticosteroïden (OCS). Ook de astma controle vragenlijst verbeterde klinisch relevant.

Deze bevindingen suggereren dat anti-IL-5/5Ra biologicals moeten worden overwogen als aanvullende behandeling voor patiënten met ernstig eosinofiel astma, ongeacht het bestaan van bronchiëctasieën. Aangezien bronchiëctasieën vaak gepaard gaan met recidiverende luchtweginfecties, kan het aangetoonde OCS-sparende effect extra relevant zijn in deze patiëntengroep.

Het tweede deel van het proefschrift richtte zich op het patiëntenperspectief.

De resultaten van een narratieve studie, samen met gedragswetenschappers van de Erasmus Universiteit, toonden aan dat patiënten met ernstig astma een hoge ziekte- en behandellast ervaren die verder reikt dan alleen het optreden van astma symptomen. De diepte-interviews uit deze studie kunnen zorgverleners helpen om een behandeling beter te laten aansluiten bij de wensen en behoeftes van de individuele patient. Ook werd onderzocht hoe patiënten met ernstig astma thuisbehandeling met intraveneuze biologicals ervaren. Een aanvullende vraag tijdens deze studie was of maandelijks intraveneuze thuistoediening haalbaar en veilig zou zijn. Thuistoediening van reslizumab (anti-IL-5) bleek veilig en haalbaar en leidde tot een lagere behandellast en hogere patiënttevredenheid. Toch koos ongeveer 50% van de patiënten voor voortzetting van ziekenhuisbehandeling, en stopte een aantal patiënten met thuistoediening tijdens het onderzoek. Deze bevindingen onderstrepen het belang van maatwerk in de keuze tussen thuis- en ziekenhuisbehandeling.

Tenslotte reflecteerden we op aanvullende uitkomstmaten naast de set van essentiële uitkomstmaten, gedefinieerd door de 'Core Outcome Measures sets for paediatric and adult Severe Asthma' (COMSA)-werkgroep van de ERS. We concludeerden dat er naast de klassieke, algemeen geaccepteerde uitkomstmaten voor het beoordelen van de respons op behandeling met biologicals bij patiënten met ernstig astma, behoefte is aan aanvullende innovatieve en meer patiëntgerichte uitkomstmaten.

Ernstig astma vraagt om geïndividualiseerde zorg. Voor gepersonaliseerde behandeling zijn zowel klinische kenmerken, zoals bijkomende bronchiëctasieën, als patiëntkenmerken bepalend. Aandacht voor het patiëntenperspectief en het gebruik van patiëntgerichte uitkomstmaten, zowel in de kliniek als bij trials met biologicals, dragen bij aan het afstemmen van behandelingen op individuele behoeftes van patiënten met ernstig astma en het bredere doel van het verbeteren van de patiëntenzorg.



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

Brede steun in samenleving voor Nicotinee

Tweede Kamer debatteerde over generatiegebonden nicotine verkoopverbod - 12 december 2024

De Tweede Kamer besprak 12-12-2024 het burgerinitiatief Nicotinee, dat pleit voor een generatiegebonden verkoopverbod van nicotineproducten voor iedereen geboren vanaf 2012. Het initiatief, dat inmiddels meer dan 75.000 handtekeningen heeft verzameld, geniet brede maatschappelijke en politieke aandacht. Diverse media en maatschappelijke organisaties scharen zich achter het voorstel, waarmee een nicotinevrije generatie binnen handbereik lijkt te komen.

Nicotinee in de Tweede Kamer: een belangrijke stap

Om 10.15 mocht ik aftrappen: luister hier naar mijn betoog <https://youtu.be/tN3I2wcaAbw?si=N8T-9kzvRvcA6Ic2> Met ons team, waaronder de NVALT voorzitter Leon van den Toorn, mochten wij toehoorders in de Tweede Kamer zijn, zonder inbreng. De publieke tribune werd gevuld door collega's, familie en hoe kan het ook anders: de tabaksindustrie.

Het burgerinitiatief Nicotinee, dat pleit voor een wettelijk verbod op nicotineproducten voor toekomstige generaties, markeert een cruciaal moment in de strijd tegen nicotineverslaving in Nederland. Het voorstel stelt dat iedereen geboren na 2012 geen nicotineproducten meer mag



kopen, wat een fundamentele stap is richting een nicotinevrije samenleving. Het initiatief heeft binnen korte tijd veel tractie gekregen: meer dan 75.000 ondertekenaars, ruime media-aandacht en steun van invloedrijke partijen. Het tweede deel van het Burger Initiatief houdt extra handhaving in door de NVWA (Nederlandse Voedsel en Waren Autoriteit.) vanaf heden. De Staatssecretaris Vincent Karremans (VVD) zegde al 5 miljoen extra budget toe. Ook dringen wij aan op extra samenwerking tussen scholen, ouders, politie, NVWA, OM en douane.

De drempel voor het indienen van een burgerinitiatief ligt hoog. Het voorstel moet minimaal 40.000 handtekeningen verzamelen en mag niet te recent in de Kamer besproken zijn. Nicotinee voldeed aan deze voorwaarden en werd afgelopen juli officieel geaccepteerd. Dat het onderwerp op 12 december 2024 in de Kamer is besproken, benadrukt de urgentie en symboliek van het moment.

Breed maatschappelijk front tegen de nicotine-industrie

Rond Nicotinee heeft zich een indrukwekkend samenwerkingsverband gevormd van organisaties en individuen die zich verzetten tegen de machtige nicotine-industrie. Het initiatief werd gelanceerd door ConsumentenClaim, Rookpreventie Jeugd, Gezondheidskloof.nl, en de beroepsverenigingen NVALT (longartsen) en NIV (internisten). Hun inspanningen worden gesteund door de artsenkoepel KNMG, de Gezondheidsfondsen voor Rookvrij (Longfondsen, KWF, Hartstichting) en vakverenigingen van kinderartsen, jeugdartsen en gynaecologen.

Ook ziekenhuizen, zoals het Antoni van Leeuwenhoek en de universitaire medische centra van Amsterdam en Rotterdam, spreken zich uit voor Nicotinee. Daarnaast hebben maatschappelijke organisaties zoals de Consumentenbond en Inspire2live zich aangesloten. Zelfs creatieve en commerciële partijen dragen hun steentje bij: reclamebureau APS Group maakte belangeloos een krachtige campagne met de boodschap: "Hoezo vrije keuze?" Dit beeld – een volwassen hand die een vape aan een kind opdringt – verspreidt zich razendsnel via sociale media en billboards.

Nicotinevrije generatie: een urgent politiek doel

De roep om een nicotinevrije generatie krijgt steeds meer bijval. NRC noemde het in een commentaar een 'nastrevenswaardig politiek doel' en hekelde de strategieën van de nicotine-industrie. "De bedoeling van kleurrijke, smaakvolle vapes is glashelder: een nieuwe generatie verslaafd maken," aldus de krant. Bovendien bekritiseerde NRC de industrie vanwege een gebrek aan ethisch besef: "De tabaksindustrie heeft decennia lang wetenschap en volksgezondheid geschaad. Dat vrije keuze als argument wordt gebruikt, is een farce. Nicotineverslaving ondermijnt juist de autonomie van individuen."

Andreas Schmidt, hoogleraar ethiek en politieke filosofie aan de Rijksuniversiteit Groningen, sluit zich hierbij aan. In



het FD stelde hij: "Vrije keuze bestaat niet bij verslaving. Wie eenmaal verslaafd is, heeft minder vrijheid in het leven. Het verbieden van nicotineproducten voor toekomstige generaties past juist perfect binnen een liberaal gedachtegoed."

Scholen signaleren noodzaak tot actie

Tijdens gastlessen op scholen blijkt dat jongeren zelf al de noodzaak voelen om in te grijpen. Artsen Daniëlle Cohen, Daphne Raad, Frank Borm en Wanda de Kanter vertellen in de Volkskrant over leerlingen die wanhopig proberen te stoppen met vaperen. "Een 14-jarige jongen begon op zijn twaalfde en kan nu niet meer zonder. Hij zei: 'Ik dacht dat het onschuldig was. Nu lieg ik constant tegen mijn ouders.'"

De cijfers liegen niet: in vier jaar tijd is het aantal jonge nicotinegebruikers door vapes verviervoudigd. Jongeren ervaren al op jonge leeftijd de negatieve gevolgen: hoesten, keelpijn en een verminderde conditie. De artsen waarschuwen: "Als we de tabaksindustrie blijven toestaan om haar producten aan te bieden, blijft het aantal jonge gebruikers groeien."

Acute gezondheidsrisico's van vaperen

Het gevaar van vaperen is niet alleen langdurig, maar kan ook acuut zijn. Uit gegevens van de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde, gepubliceerd door RTL Nieuws, blijkt dat in één jaar tijd 14 kinderen tussen de 14 en 17 jaar met ernstige klachten in het ziekenhuis belandden door het gebruik van e-sigaretten. Twee van hen lagen zelfs op de intensive care.

De klachten varieerden van longbloedingen en klaplongen tot hartkloppingen en paniekaanvallen. In alle gevallen werd uitgesloten dat andere oorzaken een rol speelden. Staatssecretaris Vincent Karremans (Preventie, VVD) reageerde geschokt: "Dit laat zien dat vaperen een groot gevaar vormt voor de volksgezondheid."

De rol van ouders en scholen

Naast strengere regelgeving roept Karremans ouders op om hun verantwoordelijkheid te nemen: "Pak die vapes af en gooi ze weg." Ook scholen spelen een cruciale rol in voorlichting en preventie. Gastlessen waarin de gevaren van nicotinegebruik worden besproken, maken jongeren bewust van de risico's en helpen hen weerbaar te worden tegen de verlokkingen van de nicotine-industrie.

Het eindspel: een nicotinevrije toekomst kreeg op 12-12-2024 een gezicht in de Tweede Kamer. Er werd ruim 3 uur gedebatteerd door de VWS-commissie van de Tweede Kamer. 9 van de 13 moties werden aangenomen, waaronder een haalbaarheidsanalyse door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van Nicotinee.nl

Als je nog niet je handtekening hebt gezet, doe dat dan nu en vraag collega's/ ouders dit ook te doen op nicotinee.nl. Maatschappelijk draagvlak is belangrijk voor de politiek.

Wanda de Kanter, voorzitter Rookpreventie Jeugd

Longarts en sportarts gaan hand in hand in St. Antonius Ziekenhuis

Longarts Simone van Haarlem en sportarts Belle van Meer kunnen in het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht door hun intensieve samenwerking patiënten gerichter en sneller behandelen. Ze werken niet alleen samen: ze hebben ook in 2020 samen een lange wielrentocht vanuit Italië naar Nederland volbracht.

Kunnen jullie jezelf voorstellen?

Simone: 'Ik ben longarts in het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht. Eigenlijk wilde ik sportarts worden, maar dat was tijdens mijn geneeskundestudie in de jaren negentig nog niet zo makkelijk. Nu is de sportgeneeskunde een geregistreerd medisch specialisme, maar vroeger konden sportartsen niet zelfstandig iets aanvragen. Uiteindelijk koos ik voor longziekten. De interesse voor sport en bewegen bleef. Het grootste deel van mijn tijd besteed ik aan longoncologie, maar ik ben ook gespecialiseerd in inspanningsfysiologie en sportgerelateerde longaandoeningen, zoals inspanningsastma. Daarnaast ben ik deelopleider voor de sportgeneeskunde vanuit het UMC Utrecht. Sport is altijd een van mijn grote interesses geweest: ik heb in Kampong dames 1 gespeeld, in jong oranje en kortdurend in het Nederlands hockeyelftal. Daarom vind ik het nu ook zo leuk om intensief samen te werken met Belle.'

'Als sportarts heb je korte lijnen nodig met bijvoorbeeld orthopedie, longgeneeskunde en cardiologie'

Belle: 'Ik heb mijn studie geneeskunde en daarna mijn promotieonderzoek aan het Erasmus MC altijd gecombineerd met mijn actieve topsportcarrière als hockeyster bij Kampong. Mijn promotieonderzoek had ook een relatie met sport: identificatie van vroege degeneratieve veranderingen na een voorste kruisband letsel. Ik heb altijd affiniteit gehad met het bewegingsapparaat, ik vond het opereren alleen niet leuk. Vandaar dat ik uiteindelijk koos voor de opleiding tot sportarts in het Haaglanden MC. In 2019 was ik klaar en toen ben ik naast mijn andere werkzaamheden als sportarts bij de SportsClinic in het St. Antonius gestart. Dit was toen nog een externe afdeling omdat de Sportgeneeskunde in 2016 een erkend medisch specialisme werd. Ik vond het belangrijk dat de afdeling Sportgeneeskunde, nu we een erkend medisch specialisme waren, een onderdeel werd van het ziekenhuis. Zo werden we beter zichtbaar en van toegevoegde waarde voor de patiënten van collegae medisch specialisten en huisartsen. Met steun van collegae medisch specialisten, met name orthopedie, longgeneeskunde en cardiologie, hebben we akkoord gekregen vanuit RvB om de afdeling sportgeneeskunde onderdeel van het ziekenhuis te laten worden en is het nu een van de vakgroepen in het St. Antonius Ziekenhuis. Samen met mijn collega Suzanne Huurman zorgen we voor diagnostiek, behandeladvies en begeleiding op maat voor (top)sporters en mensen met een chronische aandoening. De helft van mijn tijd werk ik in het St. Antonius Ziekenhuis, de andere vijftig procent werk ik als teamarts voor het Nederlands elftal vrouwenvoetbal bij de KNVB.'

Jullie hebben allebei gehockeyd bij Kampong, kennen jullie elkaar daarvan?



Simone: 'Dat niet. We hebben nooit tegelijkertijd bij Kampong gespeeld: ik speelde er eerder dan Belle.'

Hoe is jullie samenwerking tot stand gekomen?

Simone: 'SportsClinics bestaat al jaren en er hebben verschillende sportartsen gewerkt, maar allemaal relatief kortdurend. Het was een moeilijk pad, ook doordat de sportgeneeskunde vóór 2014 nog geen geregistreerd medisch specialisme was.'

Belle: 'Er was geen vaste samenwerking met de aanpalende specialismen. Terwijl de kracht van de sportarts juist is dat je een goede samenwerking hebt met andere specialismen. Als sportarts heb je korte lijnen nodig met bijvoorbeeld orthopedie, longgeneeskunde en cardiologie.'

Simone: 'Met de komst van Belle is ons netwerk veel zichtbaarder geworden in ons ziekenhuis. Nu weten onze specialisten beter dat wij sportartsen in huis hebben en wat de meerwaarde van hun expertise is.'

Waarom zijn deze korte lijnen met aanpalende specialismen zo belangrijk?

Belle: 'Overleg met een collega van een ander specialisme kan een doorverwijzing voorkomen en kwalitatief betere zorg voor de patiënt opleveren. Daarnaast kan je met een goede triage vooraf er ook voor zorgen dat de patiënt bij het juiste specialisme komt. Op basis van bepaalde zorgdomeinverwijzingen triëren we bijvoorbeeld of de patiënt gepland wordt bij de orthopedisch chirurg of bij de sportarts. De korte lijnen zijn er in dit ziekenhuis en het is fijn om op deze manier samen te werken.'

Kunnen jullie vertellen hoe de samenwerking tussen longartsen en sportartsen in het St. Antonius Ziekenhuis eruit ziet?

Belle: 'We hebben bijvoorbeeld ons tweewekelijks longfunctieoverleg, waar we patiëntencasuïstiek met elkaar bespreken. Daarnaast geven we samen onderwijs aan onder meer de AIOS-sen, over inspanningsfysiologie en inspanningsdiagnostiek.' Simone: 'Onze wegen kruisen met name bij patiënten die een inspanningsbeperking hebben op longgebied. Als Belle bij een inspanningstest een onderliggende aandoening vermoedt, zoals inspanningsastma, longembolie, COPD of een doorgemaakte COVID-infectie, dan trekt ze bij ons aan de bel. Andersom kijken wij als longartsen naar de inspanningstolerantie van patiënten met een longaandoening en vragen de sportarts advies over belasting en belastbaarheid. We zien in ons ziekenhuis bijvoorbeeld ook veel patiënten met interstitiële longziekten, zoals sarcoïdose, die qua long- en/of hartcapaciteit beperkt zijn en graag kaders willen hebben waarbinnen ze kunnen sporten. Gespecialiseerde adviezen op maat dus.'

Waarom is een goede samenwerking tussen sportartsen en longartsen belangrijk? Ofwel: waarom zouden andere ziekenhuizen dit ook moeten doen?

Belle: 'De zorg wordt efficiënter. De patiënt hoeft niet naar een

ander ziekenhuis en is eerder klaar met de behandeling. We hebben een sneller en duidelijker beleid dan wanneer de paden gescheiden zijn. Daarnaast is onze nauwe samenwerking goed voor onze eigen verdieping en verbetering.'

Simone: 'We delen ook apparatuur met elkaar. Belle houdt spreekuur op onze longfunctieafdeling en daar delen we de spiro-ergometrieopstelling. Omdat onze patiëntengroep vaak beperkte inspanningscapaciteit heeft, hebben wij een fiets

'Overleg met een collega van een ander specialisme kan een doorverwijzing voorkomen en kwalitatief betere zorg voor de patiënt opleveren.'

waar je rechttop zit. Deze is minder geschikt voor de patiënten van Belle en daarom heeft zij ervoor gezorgd dat er een racefietsopstelling bij is gekomen.'

Belle: 'Dus nu kun je kiezen tussen de 'stadsfiets' en de racefiets.'

Hoe wordt het aandeel van de sportarts bij een gecombineerde behandeling gefinancierd?

Belle: 'De afdeling Sportgeneeskunde in het St. Antonius is net als de andere medisch specialistische afdelingen tweedelijnszorg. Als je als patiënt wordt verwezen naar de sportarts, heb je een verwijzing van de huisarts nodig. Als een collega medisch specialist naar de sportarts verwijst, kan dat ook. De financiering gaat net als bij de andere specialisten via een DBC die wij aanmaken.'

Voor welke uitdagingen staan jullie op werkgebied?

Belle: 'Voor de sportgeneeskunde is het heel belangrijk dat we in het ziekenhuis aanwezig zijn, zeker ook voor de meer complexe patiënt. Verder ben ik heel benieuwd hoe het verdergaat met de preventief sportmedische onderzoeken. Deze zien wij nu minimaal omdat de interne en huisartsverwijzingen voorrang krijgen. Het liefst zouden we ook al die mensen helpen, maar dan zouden we moeten uitbreiden. En dat is ingewikkeld, gezien de huidige bezuinigingen in de gezondheidszorg.' Simone: 'Als je je patiënt in beweging kunt houden, ondanks een ziekte of beperking, en hem daarin wellicht kunt ondersteunen en faciliteren, kan dat helpen chronische aandoeningen te voorkomen. Ook vertraagt het de progressie van aandoeningen en verlaagt het de ziektelast voor de patiënt.'

Zien jullie patiënten veranderen door de jaren heen, bijvoorbeeld als het gaat om fysieke fitheid?

Belle: 'Ik zie bij kinderen en jongeren dat ze vaker een minder goede motoriek hebben en dit zie je terug in bijvoorbeeld overbelastingsklachten. Vaak hangt dit samen met te weinig bewegen en overgewicht. Ook bij volwassenen kom je meer zwaarlijvigheid tegen. Tegelijkertijd is er ook een groep mensen die juist heel gezond leeft. Er lijkt meer een tweedeling te ontstaan.' Simone: 'We zien ook vaker mensen die op latere leeftijd willen blijven bewegen als een twintigjarige. Gemiddeld



worden we steeds ouder, maar op een gegeven moment wordt het toch lastiger om twintig kilometer hard te lopen. Die acceptatie lijkt soms minder dan vroeger.'

Hoe gaan jullie daarmee om als zorgverlener?

Belle: 'Je kunt een patiënt nooit iets verbieden, maar je kunt mensen wel meenemen in de voordelen van bewegen. Het helpt hierbij als je zelf affiniteit hebt met sporten en bewegen, zodat je goede alternatieven kunt bespreken en weet wat de verschillende sporten vragen van een lichaam.'

Simone: 'Ik had onlangs een patiënte die door longemfyseem in de problemen is geraakt bij het fietsen op grote hoogte. Uitleg over de problemen die kunnen ontstaan bij dit ziektebeeld en het bieden van een alternatief, bijvoorbeeld wel fietsen op zeeniveau, kan dan bijdragen aan veilig blijven bewegen.' Belle: 'Als je iemand kunt meenemen in waarom bewegen belangrijk is en dat motiveert, of je nou orthopeed, longarts of huisarts bent, kun je veel winst behalen.'

Welke plannen hebben jullie voor de toekomst als het gaat om de samenwerking tussen longgeneeskunde en sportgeneeskunde?

Belle: 'Onze samenwerking op dit niveau continueren. Niet alleen

tussen Simone en mij, maar ook met de andere longartsen en longfunctielaboranten.' Simone: 'We willen ook het updaten van bijvoorbeeld onze fietsapparatuur samen blijven doen, net als het implementeren van nieuwe programma's. Wat ook nog leuk is om te vertellen: we hebben samen meegedaan aan de lustrumfietsreis van ons ziekenhuis. Het St. Antonius organiseert deze reis elke vijf jaar voor medewerkers, waarbij je van de heilige St. Antoniuskerk in Padua in een week via de Alpen terugfietsst naar Utrecht. In 2020 wilde ik graag meedoen en was ik de enige vrouw. Toen vroeg ik Belle mee te gaan, die toen net bij ons werkte. Weet je Belle, wij hadden de perfecte samenwerking! We hadden een goed ritueel als we 's middags in het hotel aankwamen, met onder andere de wielrenfietsen schoonmaken. En 's ochtends hadden we een strak schema met douchen, het klaarmaken van de kleding en het vullen van de bidons.' Belle: 'Van mijn collega-sportarts Guus Reurink heb ik een keer een recept gekregen om je eigen energiedrank te maken. Dat recept heb ik wat aangepast, en hiermee vulde ik elke ochtend de bidonnetjes. Dus ook dit teamwork werkte heel goed.'

Tekst: Carin Röst

Oproep tot aandragen kennisvragen voor doorlopende subsidieronde programma ZE&GG

Hierbij informeren wij jullie graag over de doorlopende subsidieronde van het programma ZE&GG.

Het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) opent een nieuwe oproep voor impactvolle kennisvragen uit de medisch specialistische zorg (MSZ). Het programma ZE&GG is een gezamenlijk initiatief van alle partijen in de MSZ (zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten en overheid). Het ministerie van VWS is opdrachtgever en Zorginstituut Nederland (ZiN) en ZonMw zijn strategische partners van het programma ZE&GG.

Structureel proces

Nadat we in de eerste fase van het ZE&GG-programma (2020-2024) hebben uitgewerkt hoe we agenderen en hoe we tot de juiste studieopzet komen, maken we nu de stap naar het inrichten van een continu en structureel proces. Hierbij zullen er jaarlijks twee vaste momenten komen voor het aandragen van impactvolle kennisvragen. Een selectie van impactvolle kennisvragen zal vervolgens in co-creatie uitgewerkt worden tot door de MSZ partijen gedragen zorgevaluaties die de kennisvraag beantwoorden zodat patiënten de bewezen beste zorg krijgen. De nadruk ligt daarbij op kennisvragen met grote maatschappelijke impact. Daarbij gaat het om grote gezondheidswinst voor de patiënt en grote kostenbesparing, kleinere impact op klimaat en milieu en/of vermindering van inzet van schaarse zorgprofessionals voor de maatschappij. Kennisvragen kunnen uit verschillende bronnen komen zoals kennisagenda's (al dan niet op basis van een kennisvraag uit een richtlijn) of pakketbeheer en moeten voldoen aan de gestelde voorwaarden.

Deze oproep, gericht aan de FMS, het Zorginstituut, V&VN en ZN, is de start van dit structurele proces. In deze oproep

worden het proces en de voorwaarden toegelicht. Het proces bestaat uit de volgende fases:

- Aandragen kennisvragen
- Selectie meest impactvolle kennisvragen
- Selectie projectgroep
- Co-creatie tot gedragen projectvoorstellen
- Beoordeling en honorering van de in co-creatie uitgewerkte projectvoorstellen

Hieronder wordt besproken waar kennisvragen aan moeten voldoen en hoe deze vervolgens worden beoordeeld en geselecteerd voor co-creatie om te komen tot een uitgewerkt projectvoorstel. Het proces van het selecteren van een projectgroep en co-creatie wordt tevens kort toegelicht.

Aandragen Kennisvragen

De volgende partijen kunnen kennisvragen aandragen: FMS, ZiN, V&VN en ZN. De kennisvragen kunnen, zoals hierboven uitgelegd, uit verschillende bronnen voortkomen, mits ze voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Het gaat om medisch specialistische zorg, bekostigd vanuit de zorgverzekeringswet. Uitgesloten zijn kennisvragen rondom intramurale dure geneesmiddelen (daar volgt een aparte procedure voor);
- De kennisvraag heeft een duidelijke en strak afgebakende PICO
- De kennisvraag is helder en objectief onderbouwd o.b.v. de gestelde criteria en voorzien van een systematische onderbouwing van de literatuur (o.b.v. de PICO) die, bij indiening, niet ouder is dan 2 jaar;
- Het onderzoek levert onderzoeksresultaten op die direct na afronding van het onderzoek in de professionele kwaliteitsstandaarden en richtlijnen worden opgenomen;
- Alle bij de kennisvraag betrokken Wetenschappelijke Verenigingen en patiëntenorganisaties onderschrijven het belang van de kennisvraag middels een verklaring en zeggen tevens toe actief betrokken te zullen zijn bij het in co-creatie uitwerken van het onderzoeksvoorstel.

Selectie meest impactvolle kennisvragen

Aangedragen kennisvragen worden getoetst op de voorwaarden door de ZE&GG projectorganisatie. Kennisvragen die voldoen aan de voorwaarden worden voorgelegd aan een afvaardiging van de MSZ-partijen verenigd in ZE&GG en het Zorginstituut; de ZE&GG selectiecommissie. Onder begeleiding van een onafhankelijke voorzitter zal de selectiecommissie de ingediende kennisvragen beoordelen op impact (laag impactvol/impactvol/hoog impactvol). Kennisvragen die minimaal als 'impactvol' zijn beoordeeld door de selectiecommissie worden in de selectievergadering besproken. Tijdens de vergadering selecteert de selectiecommissie de kennisvragen die in co-creatie uitgewerkt gaan worden. Hierbij wordt rekening gehouden met:





- De criteria
 - o Gezondheidswinst
 - o Kostenbesparing
 - o Arbeidsinzet
 - o Ecologische duurzaamheid
- Urgentie
- Spreiding (over patiëntgroepen/specialisme en over indienende partij)
- Het beschikbare budget

Kennisvragen die niet geselecteerd zijn voor uitwerking in co-creatie, maar minstens 'impactvol' zijn bevonden, worden opgenomen op de ZE&GG-Kennisagenda. Deze 'ZE&GG Kennisagenda' bevat dus de door alle MSZ partijen als impactvol beoordeelde kennisvragen die vanuit de diverse partijen zijn. Kennisvragen op de ZE&GG-Kennisagenda worden in de volgende selectieronde weer meegenomen. Daarbij zullen deze kennisvragen moeten concurreren met de dan nieuw ingediende kennisvragen. Kennisvragen blijven maximaal 3 jaar op de ZE&GG-Kennisagenda staan.

Uitwerking in co-creatie

Na de selectie zal in samenspraak met de bij de co-creatie betrokken partijen een projectleider en projectgroep geselecteerd worden. Vervolgens wordt de kennisvraag door de projectgroep in samenwerking met de MSZ-partijen binnen het programma ZE&GG uitgewerkt tot een uitgewerkte subsidieaanvraag. Belangrijke thema's in het co-creatieproces zijn: passend studiedesign (inclusief gebruik van bestaande data), minimaal aan te tonen (kosten-) effectiviteit, haalbaarheid van het onderzoek en de begroting. De studieopzet moet van een dusdanige zeggingskracht zijn

dat de resultaten leiden tot een sterke aanbeveling in de relevante richtlijn. Daar waar het Zorginstituut optreedt als pakketbeoordelaar moet de studieopzet tevens van dusdanige zeggingskracht zijn dat het leidt tot de beantwoording van de vraag of de onderzochte zorg voldoet aan het criterium 'Stand van de wetenschap en Praktijk' en dus voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking komt.

Tijdslijnen

De eerste selectiecyclus start in mei 2025 en heeft de volgende belangrijke data:

- Oproep voor kennisvragen: 6 december 2024
- Deadline indienen kennisvragen: 26 mei 2025
- Selectie kennisvragen: 18 juni 2025
- Start co-creatie: september 2025
- Indiening uitgewerkt voorstel: medio mei 2026

Budget

In totaal is er voor deze selectiecyclus € 7 miljoen beschikbaar.

Contact

Voor vragen kunt u contact opnemen met de voorzitter van de beleidscommissie W&I, Marieke Overbeek; marieke.overbeek@gmail.com

Josephine Nefkens Prijs 2025

De Josephine Nefkens Prijs wordt elke 3 jaar uitgereikt onder auspiciën van het Erasmus MC Rotterdam en is bestemd voor een (klinisch) wetenschapper, ongeacht nationaliteit, actief in het Nederlandse taalgebied, die excellent werk verricht op het gebied van kankeronderzoek of de implementatie daarvan. De laureaat ontvangt een geldbedrag van €100.000,-, naar eigen inzicht te bestemmen aan kankeronderzoek, en een bronzen penning.

Voor wie:

- De kandidaat, ongeacht nationaliteit, moet verbonden zijn aan een Nederlandstalige academische instelling (of een gelijkwaardige instelling) nog minstens 5 jaar actief zijn in het vakgebied en nog minstens 5 jaar verbonden zijn aan een Nederlandstalige academische instelling (of een gelijkwaardige instelling)
- De kandidaat moet in staat te zijn bevindingen en de relevantie daarvan goed over het voetlicht te brengen bij het algemene publiek.
- De kandidaat heeft een unieke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het innovatief, gedurfd en baanbrekende kankeronderzoek hetgeen zowel fundamenteel, translationeel of klinisch kan zijn. Internationale wetenschappelijke erkenningen, waaronder aan de kandidaat toegekende wetenschappelijke prijzen en subsidies kunnen in overweging worden genomen maar zijn geen criteria op zich.
- Er is een voorkeur voor kandidaten die 'mid-career' zijn.

U wordt uitgenodigd kandidaten voor te dragen voor de prijs. Aanmeldingen dienen te bestaan uit een bondige motivatie, waarin het belang van het onderzoek van de kandidaat wordt verklaard, en het CV van de kandidaat, waarin de tien belangrijkste publicaties apart worden genoemd. Het aanmeldingsformulier en aanvullende informatie kunt u vinden op www.josephinenefkensprijs.nl

Aanmeldingen door middel van het aanmeldingsformulier moeten uiterlijk 15 april 2025 toegezonden zijn aan:

j.nefkensprijs@erasmusmc.nl



Masterclass infectieziekten Barcelona

Wanneer het in Nederland nog niet echt lente wil worden, verzamelen we eind mei met een klein groepje longartsen op Schiphol om te vertrekken richting Barcelona. Na een paar uur vliegen bevinden we ons in een totaal andere sfeer en temperatuur in het zuiden van Europa. We laten onze bagage achter in het hotel en genieten van onze eerste tapas op een van de mooie pleintjes in Barcelona.

De volgende ochtend staan we vroeg op en ontmoeten we de Belgische deelnemers die ook aanwezig zijn op deze cursus. We gaan te voet en met de Metro richting Hospital Clinic Barcelona, waar we een (gepast) inkijkje krijgen zowel digitaal als live bij de patiënten die op dat moment op de IC liggen.

Daarna begeven we ons richting het naastgelegen universiteitsgebouw waar de rest van de masterclass zal plaatsvinden.

Onze gastheer is professor Torres, een autoriteit op het gebied van Longinfectieziekten, samen met Menno van der Eerden uit het Erasmus MC en Eva van Braeckel uit UZ Gent organiseren zij al 12 jaar deze cursus. Het is mooi om te zien dat professor Torres, die op de ERS in de spotlights staat, ons op amicale wijze een kijkje in de keuken geeft op zijn vakgebied. Zijn state of the art voordracht over community-acquired pneumonia wordt gevolgd door een presentatie over COPD exacerbaties door Marc Miravittles. De studies die voorbijkomen zijn grotendeels van zijn groep afkomstig. Het voordeel van deze kleinschalige cursus is dat er veel ruimte is om tussendoor vragen te stellen. Dat levert veel interactie tussen de spreker en de deelnemers onderling op, hetgeen heel leerzaam is. Na een intensieve ochtend is er tussen de middag tijd voor een heerlijke uitgebreide lunch in het centrum van Barcelona.

Na deze lunch komen nog onderwerpen als de behandeling van VAP/HAP, longabcessen en een overzicht van het long-microbioom aan bod. In de avonduren is er tijd om te genieten van het mooie Barcelona en het lekkere eten.

Op vrijdagochtend waren er o.a. presentaties over NTM infecties, Aspergillus en reizigersziekten met longaandoeningen. Na een wederom heerlijke lunch werd de middag ingevuld met het bespreken van casuïstiek die

het overgrote deel van de deelnemers had meegenomen. Dit was ook een erg leuk onderdeel van de cursus, omdat het enorm praktijkgericht was en er veel feedback werd gegeven door de organisatoren van de cursus.

De cursus werd afgesloten met een diner aan het strand en nadat we in de plaatselijke bar de laatste liedjes gezongen hadden keerden we de volgende ochtend terug met veel toepasbare kennis in de pocket.

Ivonne Wilting



Even voorstellen

Anita Bruning

Sinds 1 juli 2024 maak ik deel uit van de teams van NVALT, NVN, en NIV. Van maandag tot en met donderdag werk ik voor deze drie verenigingen als bureaumedewerker. Voor 8 uur per week houd ik mij voor de NVALT onder meer bezig met de verwerking van accreditatieaanvragen in GAIA en de ondersteuning van de NVALT-secties.





Jacqueline Legler

Begin december jl. ben ik de NVALT komen versterken als bureaumedewerker. Graag stel ik mij via deze weg aan jullie voor. Ik woon samen met mijn man in Nieuwegein, heb 2 volwassen kinderen en 1 kleindochter (2e kleinkind is op komst). Ik ben een echt familiemens en ben graag bij ze. Verder ga ik graag uit eten, naar de bios en wandel en fiets ik graag bij de Utrechtse Heuvelrug met haar prachtige bossen en het unieke recreatiegebied Henschotermeer.

Ik heb ruim 15 jaar ervaring in een administratieve en ondersteunende rol, waarvan de laatste 6 jaar als coördinator onderwijsontwikkeling bij een opleider in de ouderenzorg (MBO beroepsonderwijs). Het werken met een digitale leeromgeving vind ik heel leuk om te doen. Vanwege verhuizing van deze opleider ben ik op zoek gegaan naar een nieuwe uitdaging waar ik mijn kennis en kunde kan inzetten en het liefst in de zorg. Deze heb ik bij NVALT gevonden: een leuke baan bij een gezellig gedreven team en een vereniging met hart voor de zaak. Ik werk nog niet zo lang bij NVALT maar voel mij nu al als een vis in het water!

Ik heb een breed takenpakket binnen het bureau, maar zal mij vooral richten op:

- Ondersteuning NVALT-academie
- Ondersteuning planning kwaliteitsvisite (Exata)
- Ondersteuning richtlijndossier
- Ondersteunen van algemeen secretariaat

Wellicht komen we in contact met elkaar via de mail en anders hoop ik velen van jullie tijdens de longartsenweek in april te ontmoeten. Daarom sluit ik af met: graag tot ziens!

Kandidaat-leden

Timothy Chin-See-Chong
AIOS Longziekten
Franciscus Gasthuis en Vlietland



Shahan Darwesh
AIOS Longziekten
Spaarne Gasthuis



Titia van Duin
AIOS interne vooropleiding
St. Antonius Ziekenhuis



Inge Geerdink
Physician Assistant
Máxima Medisch Centrum



Christiaan de Jong
AIOS Longziekten
Erasmus MC



Anne Kint
AIOS Longziekten
HagaZiekenhuis



Camiel Marijnissen
Arts-onderzoeker
LUMC



Darren Troeman
AIOS Longziekten
Spaarne Gasthuis



Eveline Verhees
AIOS Longziekten
Noordwestziekenhuisgroep Alkmaar



Hartger Welling
AIOS Interne vooropleiding
St. Antonius Ziekenhuis



Floor Wiersma
AIOS Longziekten
Medisch Centrum Leeuwarden



Johan Wijma
AIOS Longziekten
Rijnstate



Nieuw benoemde longartsen

Mo Beerepoot, opgeleid in
Spaarne Gasthuis



Brian de Bruijn, opgeleid in
Erasmus MC



Ruud Duijkers, opgeleid in
Medisch Centrum Leeuwarden



Marwan Hassani, opgeleid in
UMC Utrecht



Julia D'Hooghe, opgeleid in
Amsterdam UMC (AMC)



Anna Hosman, opgeleid in
St. Antonius Ziekenhuis



Tjerk Hylkema, opgeleid in
Martini Ziekenhuis



Zahra Jaderi, opgeleid in
Amphia Ziekenhuis



Stephan Kops, opgeleid in
Radboudumc



**Sharina Kort, opgeleid in
Medisch Spectrum Twente**



**Joanne Sloots, opgeleid in
Medisch Spectrum Twente**



**Ilse Maltha, opgeleid in
Medisch Centrum Leeuwarden**



**Jeroen van Veen, opgeleid in
Zuyderland Medisch Centrum**



**Paul Schoonbeek, opgeleid in
Jeroen Bosch Ziekenhuis**



**Aniek van Zantvoort, opgeleid in
Rijnstate**



**Marjolijn Schouten, opgeleid in
Amphia Ziekenhuis**



Nieuwe senior leden

**Jannie Abbink
Basalt Revalidatie**



**Cecile van Esbroeck
Bravis Ziekenhuis**



**Paul Baas
NKI**



**Klaas van Kralingen
Van Weel-Bethesda Ziekenhuis**



**Bonne Biesma
Jeroen Bosch Ziekenhuis**



**Noël Schlösser
Isala Klinieken**



**Martin Boeree
Radboudumc**



**Marcel Westenend
VieCuri**



**Brigitte Bogaarts
VieCuri**



Hans van der Zeijden



**Gerrit Bosman
Slingeland Ziekenhuis**



**Overleden
Gregor Mannes
Almelo**



In memoriam

Gregor Mannes

Op 27 januari jl. overleed Gregor Mannes op 65-jarige leeftijd. Wij verloren met hem een zeer dierbare collega die al een aantal jaar was gestopt met werken door de gevolgen van de ziekte van Alzheimer.

Hij startte in Groningen met zijn studie geneeskunde en bleef daar voor zijn opleiding tot longarts. Aan het eind van zijn opleidingstijd zette hij de transitie van adolescente Cystic Fibrosis patiënten op de kaart. Deze jonge mensen met CF liepen al gauw weg met die jeugdige en empathische longarts. Vervolgens stond hij aan de wieg van het succesvolle longtransplantatieprogramma in het toenmalige AZG. Niet lang daarna kreeg hij collegiale steun van Wim van der Bij die zich hem herinnert als een scherpzinnig, humoristisch en sportief vakman bij wie je altijd terecht kon met ingewikkelde klinische puzzels. Na enkele jaren zich bezig gehouden te hebben met de longtransplantatie in Groningen zette hij zijn verdere carrière voort in het Haga ziekenhuis in Den Haag. Samen met Harry Heijerman ontwikkelde hij daar het centrum voor Cystic Fibrosis. Infectieziekten en CF werden zijn aandachtsgebieden en hij verrichtte veel wetenschappelijk onderzoek. Samen met Gerthe had hij inmiddels 4 kinderen gekregen. Ze besloten terug te keren naar Twente voor een rustigere woonomgeving voor hun gezin. Dit tot teleurstelling van zijn maten in Den Haag.

Gedurende 15 jaar hebben wij een bijzonder dierbare collega gehad, toegewijd aan zijn patiënten, altijd in voor onderwijs, vriendelijk voor iedereen om hem heen, oog voor details, sociaal, sportman en vol humor. Hij heeft zich jarenlang ingezet voor de NVALT op velerlei manieren, zoals de commissie beroepsbelangen, de projectgroep DBC, de secties infectieziekten en TBC, de commissie Bronkhorst colloquia en het onderwijs van arts-assistenten. Regelmatig ging hij naar Utrecht of Den Bosch om zijn bijdrage te leveren aan de verbetering van de positie van de longarts. De PulmoPen werd door hem geschreven in december 2006 met aandacht voor eenheid binnen de NVALT, samen op in de steeds veranderende wereld met de komst van DBC-structuren, opleidingsfondsen, de komst van SEH artsen. Hij pleitte voor goede opleiding en samenhang onder de leden.

In Twente was het goed toeven voor hem, de voetbalsport werd ruim bedreven, Heracles kon op een trouwe supporter rekenen. Dat was nog wel eens punt van discussie toen Maarten Ruinemans bij de vakgroep kwam als fervent FC Twente aanhanger.

Zijn kinderen hadden een geweldige vader aan hem, trouw stond hij langs de voetbal- en hockey velden en ondanks zijn lange werkdagen, wisten ze dat hij er altijd voor hen was. Zo ook wij als collega's, we konden altijd op hem rekenen. Het



verdriet was groot toen hij niet meer bij machte was om zijn werk naar behoren uit te voeren. Daar waar wij eerst dachten dat er sprake was van overbelasting, volstond op een gegeven moment zijn notitieboekje niet meer om hem te ondersteunen, hij moest stoppen met werken.

Diep respect hebben we voor de zorg die zijn gezin hem heeft gegeven tot het laatste moment. Afgelopen dinsdag 4 februari hebben we afscheid van hem genomen, Wij wensen zijn gezin alle sterkte om dit grote verlies te verwerken.

*Jeske Staal-van den Brekel, mede namens
Maarten Ruinemans
Wim van der Bij
Harry Heijerman*