

PulmoScript

Jaargang 36 ♦ september 2025 ♦ 3

- ♦ Stage in de etalage: Longtransplantatie
- ♦ Interview Koen Hartemink, Longchirurg
- ♦ Duurzaamheidsprijs 2025

Inhoud

Bestuur

Van de voorzitter	5
Van de secretaris	7
De medisch specialist 2025	8

Commissies en secties

Commissie BOM	10
Commissie Accreditatie	11
De groene longarts: Duurzaamheidsprijs 2025	12

Rubrieken

Wat is de diagnose?	15
Jonge Klare in de Kijker: Duco Deenstra	16
Klaar: Ben Venmans	18
Stage in de etalage: Longtransplantatie	21
Interview Longchirurgie: Koen Hartemink	22
Interview TSB-regeling: Renée van Snippenburg	25

Nascholing

Samenvatting proefschrift Dieuwke Luijten <i>Managing Pulmonary Embolism</i>	28
Samenvatting proefschrift Birgitta Hiddinga <i>Advances in personalized medicine in lung cancer</i>	29

En verder:

Vaccinaties voor chronische longpatiënten	32
Antwoord WIDD	35
Het ritme van je longen	36
Stoptober	38

Personalia

Congresagenda	41
	43



7



15



18



21



25

STOPTOBER

38

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. 4, 10 november 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

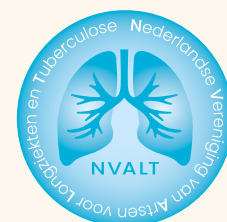
Drukwerk

Drukkerij Boonen, Hamont
www.drukkerijboonen.be

Verzending

Vogelaar, IJsselstein

ISSN 0925-4749



Van de voorzitter

Terug van zomervakantie, en dan...

U herkent het vast: net terug van een heerlijke zomervakantie en dan direct weer teruggeworpen worden in de realiteit van alledag. Met tientallen e-mails, patiënten in de inbox van het ZIS, een stapeltje notities van de secretaresse, het dienstsein, etc.

Mijn gedachten gingen direct uit naar de paragraaf 'Duurzame inzetbaarheid en werkplezier' in Medisch Specialist 2035 van de FMS. Hoe blijft ons mooie vak aantrekkelijk en behapbaar? MS2035 is trouwens als geheel een goed en leesbaar rapport, in juni gepresenteerd op het lustrumcongres van de FMS. Wij hebben als NVALT-bestuur al een vervolgmeeting gehad met de FMS-werkgroep MS2035 om te kijken hoe wij als NVALT de aanbevelingen kunnen vormgeven. U kunt hierover lezen in deze PulmoScript en kijk vooral ook even op de website van de FMS www.medischspecialist2035.nl.

Naast 'Duurzame inzetbaarheid en werkplezier' staat ook duurzaamheid genoemd in MS2035, in de vorm van 'Vergroening van de zorg'. Op het lustrumcongres was daar ook een interessante sessie over en voor de zomervakantie was er een discussie in de media over PFAS in de dosis-aerosolen. Zonder nu genoegzaam achterover te leunen maar ik heb de indruk dat de NVALT een van de voorttrekkende wetenschappelijke verenigingen is en dat komt natuurlijk door onze werkgroep De Groene Longarts. Hierbij breng ik dan ook graag nog even de Duurzaamheidsprijs voor het voetlicht: zie het artikel in deze PulmoScript. Er zijn erg goede initiatieven voor duurzame projecten, dat wordt voor de jury nog moeilijk. De uitreiking volgt op het Najaarscongres.

Over het Najaarscongres gesproken: geeft u zich vooral op! Op donderdag 9 oktober is het alweer zo ver, met een gevarieerd programma, inzicht in de bestuurszaken en een goede manier om uw collega's weer eens te spreken. Zie de NVALT-website om u eenvoudig aan te melden.

Verder staan er in deze PulmoScript weer een aantal leuke interviews, met zowel een jonge klare als een pensionado en een inkijk in de longtransplantatie-stage. Mag ik u ook nog even wijzen op het interview met Sarah van Oord-Bosselaar. Zij heeft recent het boek 'Het ritme van je longen' afgerond. Ze vertelt in het interview over haar drijfveren om het boek te schrijven, over het schrijfproces, over astma en handvatten om astma te hanteren. Kleine najaarstip: wellicht een leuk cadeau in het kerstpakket van de Longafdeling?

In MS2035 is ook een paragraaf 'Preventie' opgenomen. Dat ligt ons als longartsen natuurlijk na aan het hart. Ik denk nog even aan de Longartsenweek met de bijdrage van Frank Borm over vaperen en aan al die collega-longartsen en AIOS die al langs basis- en middelbare scholen zijn getrokken om de gevaren van vaperen te benadrukken. Maar lees vooral ook het artikel in deze PulmoScript over Stoptober en het artikel vanuit de LAN over de Leidraad vaccinaties voor mensen met een chronische longziekte. Ik kan niet genoeg benadrukken dat we als longartsen deze preventieve taken serieus moeten blijven nemen. Een witte jas voor de klas maakt enorm indruk, een goed vaccinatie-advies richting patiënten met een longziekte blijft van eminent belang.

Het andere einde van het spectrum is een tegemoetkomingsregeling bij longziekten door het werk. Renée van Snippenburg legt uit wat de toegevoegde waarde is van de TSB-regeling, welke (beroeps)longziekten ervoor in aanmerking komen en waarom dit belangrijk is.

Natuurlijk staat er nog veel meer in deze PulmoScript dan wat ik hierboven noemde. Ik wens u dus ook weer veel leesplezier en succes met opstarten na de zomervakantie!

Met hartelijke groet,

Henk Kramer





Van de secretaris

Rennen als een cheeta

Het jachtluipaard (*Acinonyx jubatus jubatus*), ook wel cheeta genoemd en niet te verwarren met het luipaard, is het snelste landzoogdier ter wereld. Hij kan een snelheid van 100 km per uur halen. Een snelheid die deze sprinter ongeveer 500 meter of 20 seconden vol kan houden. Usain Bolt zal er vast jaloers op zijn. Leuk weetje is dat het acceleratievermogen van de cheeta viermaal zo groot is als dat van Usain Bolt tijdens zijn wereldrecordrace op de 100 meter sprint. Tijdens het rennen maakt de cheeta sprongen tot wel 7,5 meter ver. Na zo'n snelle sprint moet de cheeta een half uur rusten om op adem te komen. De slanke lichaamsbouw, relatief groot hart, grote longen en grote neusgaten dragen bij aan het behalen van deze ongelooflijke snelheid. Cheeta's sprinten meestal achter impala's en springbokken aan, maar ook voor een vogel of knaagdier draaien ze hun poot niet om. Cheeta's moeten hun prooi snel opeten, want de prooi wordt regelmatig afgepakt door een leeuw of hyena. Cheeta's leven vooral nog op de savannes in Afrika en er is ook een kleine populatie in Iran. Een cheeta-moeder krijgt twee tot vijf welpen en ma moet in haar eentje voor de welpen zorgen. Veel welpen worden niet ouder dan drie maanden, omdat ze eindigen in de klauwen van hongerige leeuwen. De cheeta heeft een lichtgele vacht met kleine, ronde vlekken, maar de staart heeft bij het uiteinde zwarte ringen, eindigend in een zwarte punt. Het aantal en de vorm van de ringen verschilt per individu. Karakteristiek zijn ook de zwarte strepen op de kop, van de binnenste ooghoeken tot de mond. Cheeta's kunnen spinnen en miauwen, maar ze kunnen niet brullen of grommen.

Na een rustige zomer (v.w.b. patiëntenzorg) wordt het in het najaar weer drukker en zullen we als longartsen weer wat harder moeten lopen, niet zo hard als de cheeta, maar toch. Eerder stond in PulmoScript al een artikel over toegenomen werkdruk. Hoge werkdruk komt naar voren bij zo'n 70% van de kwaliteitsvisitaties, maar in de enquête van de FMS met betrekking tot werkbeleving leek de toegenomen werkdruk voor de meeste longartsen (nog) geen negatieve impact te

hebben op het werkplezier. In dit kader is het interessant dat de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) onlangs de normtijden voor poliklinische consulten cardiologie heeft verhoogd. Dat lijkt op het eerste gezicht recht te doen aan de toegenomen werkdruk, maar in de praktijk zal het niet uitmaken voor de honorering. De normtijden worden niet gebruikt voor een uurtarief, of directe honorering, maar voor vergelijking met andere klinieken, cq voor de benchmark. Wanneer de cardiologen hun werkwijze niet veranderen, verandert er dus niets in de onderlinge vergelijkingen. Wanneer werkelijk alle cardiologen in Nederland meer tijd per patiënt zouden gaan nemen, zou het een oplossing kunnen zijn, maar dan zullen er direct lange wachttijden ontstaan en het is onwaarschijnlijk dat er extra budget gaat komen voor meer cardiologen in Nederland. Op dit moment zou de medisch specialist in Nederland volgens de normuren gemiddeld al zo'n 60 uur per week werken; wanneer de cardiologen dezelfde aantallen patiënten blijven zien en dus op nog meer normuren per week uit gaan komen, zullen de overheid en verzekeraars zich ongetwijfeld gaan afvragen hoe representatief de normuren nog zijn als weergave van de daadwerkelijke tijdsbesteding. M.b.t. de werkdruk zal de oplossing meer liggen in het reorganiseren van onze werkzaamheden, waarbij ondersteuning door physician assistants en verpleegkundig specialisten enerzijds en uitbreiding van thuismonitoring anderzijds enorm ten goede komen aan de efficiëntie van zorgverlening en daarmee ook aan het werkplezier. Met name op het gebied van thuismonitoring en (andere) digitale zorgverlening zijn in de laatste jaren enorme stappen gemaakt en naar verwachting is dat nog maar het begin.

Voor nu wens ik u een fijn najaar en wie weet, krijgen we nog een 'Indian Summer', of 'oudewijvenzomer'.

Hans-Jurgen Mager

De medisch specialist 2035

Koersvast in een veranderende wereld, ook voor de longarts

Hoe ziet de rol van de longarts eruit in 2035? Volgens de recent gepresenteerde toekomstvisie *De Medisch Specialist 2035* verandert er veel, maar blijft de kern van het vak overeind: bijdragen aan betekenisvolle zorg voor iedere patiënt. Wat wel verschuift, is hoe en met wie we dat doen. De visie schetst zeven heldere richtlijnen, 'het kompas' die richting geven aan de ontwikkeling van de medisch specialist in brede zin. Wat betekent deze toekomstvisie voor ons werk als longarts? Hoe blijven we ook in 2035 toegankelijke, passende en duurzame zorg leveren aan mensen met longziekten? In dit artikel zetten we de hoofdpunten op een rij en leggen we de link met ons eigen vakgebied.

Toegankelijke zorg en schaarste

In 2035 bieden wij toegankelijke zorg van goede kwaliteit voor iedereen die dat nodig heeft, ook in tijden van schaarste.

De druk op de zorg blijft hoog, en schaarste, in personeel, middelen of tijd, wordt een structureel gegeven. Ook in tijden van schaarste blijft de specialist zoeken naar manieren om verantwoorde zorg te blijven leveren. Dat vraagt om passende zorg, samenwerking in netwerken en het maken van duidelijke keuzes.

Binnen de longziekten vertaalt zich dat bijvoorbeeld in het anders organiseren van zorg bij patiënten met chronische aandoeningen zoals COPD of astma. Digitale monitoring, gedeelde besluitvorming en taakdifferentiatie kunnen helpen om de beschikbare tijd en expertise gericht in te zetten. In netwerken krijgt samenwerking een extra strategisch karakter: hoe verdelen we taken en kennis zodat zorg beschikbaar blijft voor wie het nodig heeft?

Kennis en vaardigheden van de toekomst

In 2035 zijn wij breed inzetbaar, passen we ons aan waar nodig en werken we samen over de grenzen van specialismen en domeinen heen.

De specialist van de toekomst is flexibel, breed inzetbaar en actief in netwerken die zich niet laten begrenzen door traditionele muren van afdelingen of instellingen. Het vermogen om samen te werken in verschillende contexten en van elkaar te blijven leren, staat centraal.

In de longgeneeskunde zien we dit bijvoorbeeld terug in de samenwerking met huisartsen, verpleegkundig specialisten, paramedici en sociaal werkers. Ook bij de overdracht van patiënten naar de wijk of revalidatieklinieken wordt de expertise van de longarts ingezet als onderdeel van een groter geheel. De specialist van de toekomst blijft medisch expert, maar is ook verbinder en teamspeler.

(Nieuwe) technologieën

In 2035 is technologie onze bondgenoot.

Technologie verandert de zorg fundamenteel. De medisch specialist van 2035 benut digitale en technologische mogelijkheden doelgericht en verantwoord. Technologie is

niet leidend, maar ondersteunend aan het contact met de patiënt en aan het leveren van zinnige zorg. Voor longgeneeskundige zorg is deze ontwikkeling al zichtbaar in bijvoorbeeld telemonitoring bij astma of thuismetingen bij patiënten met longfibrose. Denk ook aan beeldanalyse via kunstmatige intelligentie, of digitale triage bij benauwdheidsklachten. Voor longartsen betekent dit: vaardigheden ontwikkelen om met nieuwe technologie te werken én de ethische afweging kunnen maken wanneer fysiek contact noodzakelijk blijft.

Preventie

In 2035 zijn wij aanjagers van gezondheid, preventie en een gezonde leefstijl.

De medisch specialist van 2035 beperkt zich niet tot behandeling, maar zet zich ook actief in voor het voorkómen van ziekte. Leefstijl, gezondheidsvaardigheden en maatschappelijke omstandigheden krijgen meer aandacht. Preventie wordt een vanzelfsprekend onderdeel van de specialistische zorg.

Voor de longarts is dit geen onbekend terrein. Van stoppen met roken begeleiding tot het signaleren van ongezonde leefomstandigheden: preventie zit verweven in de dagelijkse praktijk. De uitdaging is om dit nog steviger te verankeren, bijvoorbeeld in samenwerking met huisartsen, jeugdgezondheidszorg of bedrijfsartsen. Ook in het opleiden van AIOS krijgt preventie een structurele plek.

Duurzame inzetbaarheid en werkplezier

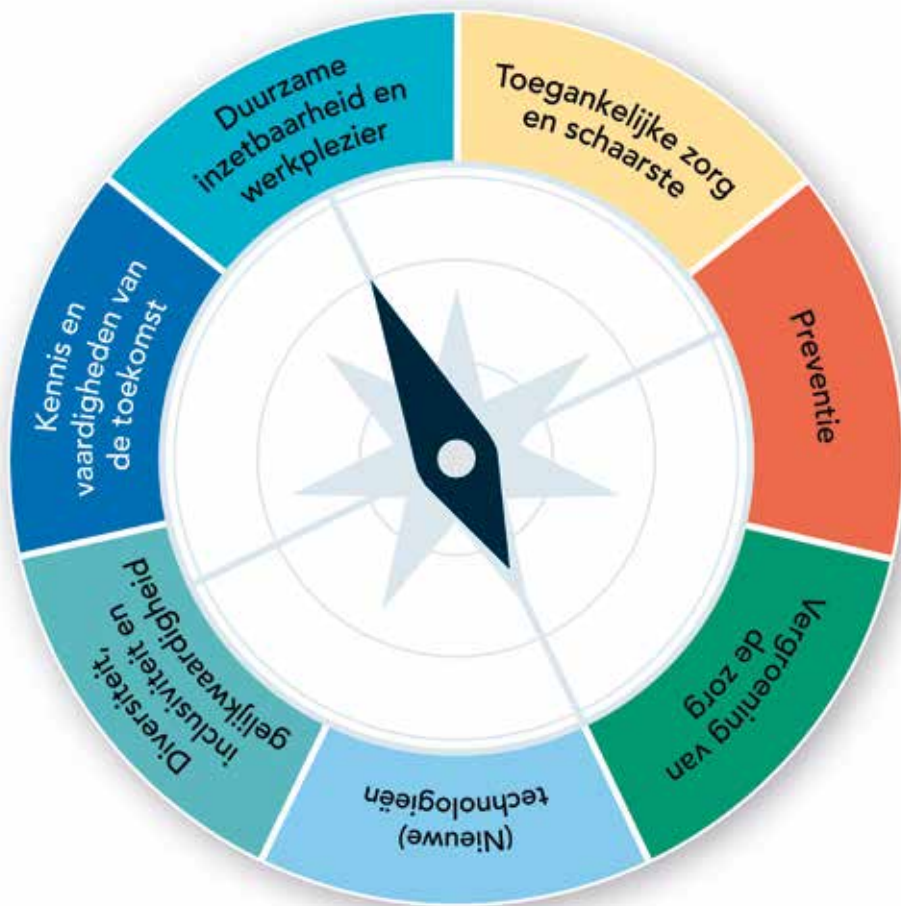
In 2035 creëren wij ruimte om op ons best te zijn.

Werkplezier en duurzame inzetbaarheid zijn geen individuele verantwoordelijkheden, maar een gezamenlijke opdracht. De specialist van 2035 werkt in een veilige, ondersteunende werkomgeving waarin ruimte is voor groei, reflectie en balans. Binnen de longziekten, waar werkdruk soms hoog is door bijvoorbeeld complexe zorgvragen of personeelstekorten, wordt het des te belangrijker om goed voor jezelf en je team te zorgen door aandacht voor taakverdeling, mogelijkheden voor deeltijd, ruimte voor onderwijs en onderzoek, en openheid over belastbaarheid. Ook intervisie, coaching of het benutten van teamreflectie draagt bij aan een werkcultuur waarin artsen zich blijven ontwikkelen zonder op te branden.

Diversiteit, inclusiviteit en gelijkwaardigheid

In 2035 zijn diversiteit, inclusiviteit en gelijkwaardigheid vanzelfsprekend.

De visie benadrukt het belang van een inclusieve cultuur, waarin verschillen worden gewaardeerd en benut. Medisch specialisten vormen samen een afspiegeling van de samenleving en behandelen iedere patiënt gelijkwaardig. Longartsen kunnen hierin een rol spelen door aandacht te hebben voor diversiteit binnen het team. Ruimte geven aan collega's met uiteenlopende achtergronden, ideeën en



werkstijlen. Maar ook in het contact met patiënten. Is mijn uitleg toegankelijk? Herken ik mijn eigen aannames? Wie zich hiervan bewust is, kan bijdragen aan meer gelijkwaardige zorg, ongeacht achtergrond of opleidingsniveau.

Vergroening van de zorg

In 2035 maken wij duurzame en groene keuzes voor onszelf, onze patiënten en de maatschappij.

De zorg draagt fors bij aan de milieubelasting. De visie roept op tot bewuste, duurzame keuzes, waarbij de specialist verantwoordelijkheid neemt voor de impact van zorg op het klimaat.

Voor de longgeneeskunde geldt dit bijvoorbeeld bij de keuze van inhalatiemedicatie, waarbij dosisaërosolen een hogere CO₂-uitstoot veroorzaken dan poederinhalatoren. Ook kritisch kijken naar herhaalbezoeken, het digitaliseren van overleg, en het beperken van onnodige diagnostiek dragen bij aan vergroening. Het vraagt om kleine en structurele aanpassingen, waar iedere specialist verschil in kan maken.

Tot slot: wat vraagt dit van ons als longarts?

De toekomstvisie *Medisch Specialist 2035* vraagt geen radicale ommezwaai, maar wel bewuste keuzes. De longarts blijft medisch expert, maar ontwikkelt zich daarnaast tot verbinder, aanjager en veranderaar. Wie de zeven thema's van het kompas bekijkt, ziet geen breuk met het huidige vak, maar eerder een verdieping en verbreding ervan. Het vak vraagt al jaren om breed denken en handelen en dat blijft ook in 2035 het geval.

Wat dat vraagt? Openheid, samenwerking, flexibiliteit en de bereidheid om verder te kijken dan het eigen spreekuur of dienstrooster. Stevig staan in de medische inhoud, en tegelijk meebewegen met maatschappelijke en zorginhoudelijke veranderingen. De visie biedt geen blauwdruk, maar wel richting. En die richting is helder: bevlogen, betrokken en verbindend. Juist door die combinatie blijven we van betekenis, voor onze patiënten, voor elkaar en voor de zorg van de toekomst.

Bekijk de volledige visie online via:

www.medischspecialist2035.nl/medisch-specialist/visie

Vanuit de Commissie BOM

U kunt de volledige adviezen van de commissie BOM vinden site van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO). Onderstaande adviezen zijn recentelijk toegevoegd.

Osimertinib en chemotherapie als eerstelijnsbehandeling bij EGFR-gemuteerd niet-kleincellig longcarcinoom

Inleiding

Een activerende epidermale-groefactorreceptormutatie (EGFR-mutatie) komt voor bij ongeveer 10 procent van de patiënten met niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC). Wanneer deze patiënten in palliatieve setting worden behandeld met een EGFR-tyrosinekinaseremmer (EGFR-TKI), is de progressievrije overleving (PFS) significant langer dan bij behandeling met chemotherapie en is er een betere kwaliteit van leven. Eerder heeft de derde generatie-EGFR-TKI osimertinib als monotherapie bij EGFR-gemuteerd NSCLC een betere PFS laten zien dan eerste generatie erlotinib of gefitinib. De hier te bespreken FLAURA2-studie onderzoekt het effect van osimertinib met chemotherapie als eerstelijnsbehandeling ten opzichte van osimertinib zonder chemotherapie bij patiënten met gevorderd NSCLC en een activerende EGFR-mutatie in exon 19 of exon 21 (de twee meest voorkomende EGFR-mutaties). EMA heeft osimertinib goedgekeurd als eerstelijnsbehandeling in combinatie met pemetrexed en platinumbevattende chemotherapie voor patiënten met een gevorderd of gemetastaseerd NSCLC met

een activerende EGFR exon 19-deletie of exon 21-puntmutatie L858R.

Eerstelijnsbehandeling met osimertinib met chemotherapie werd onderzocht bij patiënten met een gevorderd of gemetastaseerd NSCLC met een activerende EGFR-mutatie (exon 19-deletie of exon 21-puntmutatie L858R).

Conclusie

In de hier besproken FLAURA2-studie wordt bij patiënten met lokaal gevorderd of gemetastaseerd NSCLC met een EGFR exon 19-deletie of exon 21 L858R-puntmutatie na een follow-up van mediaan 19,5 maanden een statistisch significant langere PFS gezien na palliatieve behandeling met chemotherapie toegevoegd aan standaardbehandeling met osimertinib, met een toename van mediaan 8,8 maanden (HR: 0,62 [95%-BI: 0,49-0,79]; $p < 0,001$). Dit resultaat voldoet aan de criteria voor een positief advies volgens de PASKWIL2023-criteria voor palliatieve behandeling bij mediane overleving in de controlegroep > 12 maanden. De toxiciteit van deze behandeling is aanzienlijk.

Amivantamab en lazertinib als eerstelijnsbehandeling bij EGFR-gemuteerd lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom

Inleiding

Een activerende epidermale-groefactorreceptormutatie (EGFR-mutatie) komt voor bij ongeveer 10-12 procent van de patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC). Binnen de groep van EGFR-mutaties komen de L858R-puntmutatie en de exon 19-deletie het meest voor, in 85-90 procent van alle EGFR-mutaties.

De huidige behandeling voor gemetastaseerd EGFR-gemuteerd NSCLC met één van deze mutaties is de derde generatie tyrosinekinaseremmer (TKI) osimertinib, al dan niet gecombineerd met chemotherapie. In de respectievelijke FLAURA- en FLAURA2-studies gaf osimertinib als monotherapie een progressievrije overleving (PFS) van mediaan 19 maanden en totale overleving (OS) van 39 maanden en in combinatie met chemotherapie een PFS van mediaan 26 maanden (OS nog niet matuur).

Amivantamab is een EGFR- en MET-bispecifiek antilichaam dat middels diverse downstream mechanismen een antitumoreffect heeft. In eerder onderzoek had amivantamab samen met chemotherapie een PFS van

6,3 maanden ten opzichte van 4,2 maanden met alleen chemotherapie na progressie op osimertinib in de MARIPOSA-2-studie. Dit verschil voldeed niet aan de PASKWIL-criteria voor een positief advies. Lazertinib is een selectieve derde generatie-EGFR-TKI met ook een goede hersenpenetratie, met een PFS van 20,6 maanden als eerstelijnsbehandeling in de LASER301-studie. In de fase I-studie CHRYSALIS werd een objectief responspercentage van 100 procent en een mediane PFS van ruim 33 maanden gezien bij behandeling met de combinatie van amivantamab en lazertinib. In de hier te bespreken MARIPOSA-studie wordt eerstelijnsbehandeling met amivantamab en lazertinib vergeleken met osimertinib bij EGFR-gemuteerd NSCLC. EMA heeft amivantamab goedgekeurd als eerstelijnsbehandeling in combinatie met lazertinib bij patiënten met een gemetastaseerd NSCLC met een EGFR exon 19-deletie of een exon 21 L858R-mutatie. Eerstelijns palliatieve behandeling met amivantamab en lazertinib werd onderzocht bij patiënten met gevorderd of gemetastaseerd NSCLC met een EGFR exon 21 L858R-mutatie of exon 19-deletie.

Conclusie

In de hier besproken MARIPOSA-studie wordt een significante verlenging van het primaire eindpunt PFS gezien van 7,1 maanden met een HR van 0,70 ten gunste van amivantamab en lazertinib ten opzichte van eerstelijnsbehandeling met osimertinib bij patiënten met gemetastaseerd NSCLC met een EGFR-mutatie. Na

39 maanden is nog meer dan 20 procent van de experimentele groep at risk en bedraagt het verschil in OS meer dan 10 procent. Dit verschil voldoet aan een positief advies op basis van de PASKWIL2024-staartcriteria. De combinatie amivantamab en lazertinib is echter wel toxischer en de kosten zijn erg hoog.

Commissie Accreditatie

Wegens het bereiken van de maximale benoemingstermijn van de huidige commissieleden is de Commissie Accreditatie (CAC) op zoek naar nieuwe leden. De CAC valt onder de beleidscommissie Opleiding (BCO) en accrediteert cursussen, congressen, symposia, workshops en wetenschappelijke vergaderingen in het kader van de na- en bijscholing van artsen voor Longziekten en Tuberculose. De CAC accrediteert uitsluitend na- en bijscholingen die betrekking hebben op medisch-technisch handelen.

De Commissie Accreditatie (CAC) werkt volgens de richtlijnen van GAIA (Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie).

Vacature

Er zijn inmiddels twee nieuwe commissieleden gevonden, maar er is nog ruimte voor drie nieuwe leden. De huidige vijf commissieleden zullen gefaseerd aftreden. Het streven is om in oktober 2026 voor alle leden een vervanger te hebben benoemd.

De maximale zittingsduur is vier jaar, met eventueel een eenmalige verlenging.



Wie zoeken wij?

Wij zoeken een longarts of een AIOS Longziekten (die in het laatste jaar van de opleiding zit en aspirant-lid van de CAC wil worden) die:

- Werkzaam is in een perifeer of academisch ziekenhuis.
- Aantoonbare affiniteit heeft met bij- en nascholingen en met de NVALT.
- Integer, verantwoordelijk en onafhankelijk is; het belang van de NVALT vertegenwoordigt.
- Goed bereikbaar is voor de andere commissieleden en de medewerkers van het NVALT-bureau.
- Aanwezig is bij de vergaderingen en de afgesproken taken uitvoert.

Tijdsbesteding

- Twee keer per jaar vergaderingen (in totaal ca. 4 uur). Hiervan vindt één vergadering op locatie in Utrecht plaats en één vergadering online.
- Beoordelen van aanvragen voor na- en bijscholingen volgens de richtlijnen van GAIA. De tijdsbesteding hiervoor bedraagt max. 1 uur per week.

Reageren en procedure

Motivatie en CV graag uiterlijk 1 november 2025 richten aan Fabian Laugs, voorzitter van de CAC, via secretariaat@nvalt.nl. Voor meer informatie kan contact opgenomen worden met Fabian Laugs via fabian.laugs@lzf.nl of tel. 06 - 23 97 81 78. De leden van de CAC zullen de selectie maken en gesprekken voeren met de kandidaten.

Duurzaamheidsprijs NVALT

Tijdens het NVALT Najaarscongres wordt de Duurzaamheidsprijs 2025 uitgereikt. Met deze prijs, ter waarde van € 500, wil de NVALT initiatieven belonen die op inspirerende wijze bijdragen aan een duurzamere longgeneeskunde. De zorgsector is verantwoordelijk voor een aanzienlijke ecologische voetafdruk en juist binnen de longziekten zijn er talloze mogelijkheden om die te verkleinen. Een deskundige jury heeft de inzendingen beoordeeld op impact, originaliteit en haalbaarheid.

De drie genomineerde projecten laten zien dat duurzaamheid binnen de longgeneeskunde vele gezichten heeft: van slimme keuzes in reisbewegingen, tot duurzame productieprocessen en het kritisch heroverwegen van medische hulpmiddelen. Op 9 oktober wordt bekendgemaakt welk initiatief zich de winnaar van de NVALT Duurzaamheidsprijs mag noemen. Daarmee krijgt niet alleen het winnende project erkenning, maar wordt ook een belangrijk signaal afgegeven: duurzaamheid is geen bijzaak, maar een essentieel onderdeel van de toekomst van onze zorg.

Groene ERS

Inzender: Hans in 't Veen, stichting Rolex

De zorg is debet aan ongeveer 7-8% van de totale CO2 footprint in Nederland. Een relevant deel hiervan weer wordt veroorzaakt door reisbewegingen, niet alleen van patiënten maar ook zorgverleners. Iedere reductie hiervan is winst. Jaarlijks reizen er veel longartsen richting een Europese stad om daar deel te nemen aan het Europese Longziekten congres (ERS). De Groene ERS heeft tot doel de deelname aan de ERS als Nederlandse deelnemers online in Nederland op locatie gezamenlijk te organiseren waarbij de sfeer en het intercollegiale contact gewaarborgd is, echter zonder de reis Europa in. De groene ERS geeft een andere dimensie aan online congresbezoek, waarbij alleen op een kamertje zitten in Nederland de default is.

De Groene ERS vindt plaats in 2026 (in 2025 is de ERS reeds in Amsterdam) uiteraard gelijktijdig met de ERS, op een locatie in Nederland die met OV goed te bereiken is, waar vegan eten adequaat beschikbaar is en waar sessies in een groep gevolgd worden onder leiding van een moderator. De groene ERS start op zaterdagavond met een Groene Pubquiz en eindigt dinsdag rond het middaguur.

De Groene ERS wordt georganiseerd door de Stichting RoLeX samen met de werkgroep de Groene longarts van de NVALT.

Impact

Naast het voorkomen van reisbewegingen heeft de Groene ERS ook tot doel om te komen tot bewustwording van de voetafdruk waar wij als zorgverleners verantwoordelijk voor zijn. Daar kan deze prijs ook bij helpen.

Wat is nodig?

Om het initiatief goed uit te kunnen voeren is hier vooral

veel aandacht voor nodig! Ruim op tijd, zodat mensen weten dat deze mogelijkheid er is en niet al ingeschreven zijn voor een bezoek aan, in dit geval, Barcelona. Daarnaast is er geld nodig om de organisatie hiervan te kunnen realiseren en de inschrijfgelden voor de deelnemers, inclusief AIOS, laag/betaalbaar te kunnen houden.



Overige betrokkenen

Stichting Rotterdam-Leeuwarden eXpertise Obstructieve Longziekten (RoLeX)
NVALT werkgroep de Groene Longarts

Duurzame zuurstof

Inzender: Joost Jansen, Ikazia ziekenhuis Rotterdam

Duurzaam partnerschap met Air Liquide Healthcare. Vanaf 1 januari 2024 is gekozen voor vloeibare zuurstof met het Eco Origin label. Hiermee wordt de CO₂-uitstoot met 86% verminderd.

De vloeibare medische zuurstof blijft qua product hetzelfde en dat geldt daarmee ook voor de toediening. Het gaat om de wijze waarop de productie in de fabriek gerealiseerd wordt. Deze wijziging van productie is daarmee een voorbeeld van duurzame vraag > duurzaam aanbod: transitiedenken.

Impact

Deze reductie van onze uitstoot betekent jaarlijks een vermindering van 16.000 kg CO₂. Air Liquide werkt de komende jaren aan het volledig elektrificeren van zijn vrachtwagens, waardoor we onze ecologische voetafdruk nog verder kunnen verkleinen.

Wat is nodig?

Tijd: gesprekken voor verkenning en afstemming van manager Techniek, coördinator Duurzaamheid en strategisch inkoper.
Geld: € 1.500 aan extra kosten per jaar dus € 125 aan extra kosten per maand.



Duurzame zuurstof, Joost Jansen, Ikazia ziekenhuis

Het Ikazia Ziekenhuis maakt gebruik van vloeibare zuurstof die bij -183° C wordt getransporteerd en opgeslagen, wat een efficiëntere logistiek mogelijk maakt in vergelijking met gasvormige zuurstof. Op het ziekenhuisterrein worden twee grote tanks gebruikt om de vloeibare zuurstof op te slaan, voordat deze wordt omgezet naar het ademvriendelijke gas dat jaarlijks goed is voor maar liefst 78 miljoen liter.

Overige betrokkenen

Matthijs de Vroed, Manager Vastgoed en Huisvesting.
Aanjager Duurzaamheid Ikazia
Annabel Wickel Coördinator duurzaamheid Ikazia
Medewerkers van bedrijf Air Liquide

The Green Scope Project

Inzender: Illaa Smesseim, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis

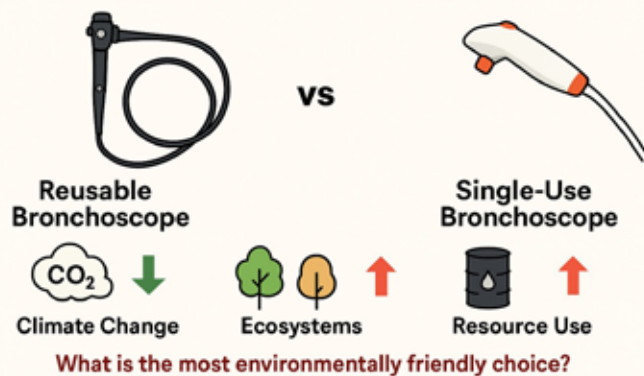
De ecologische voetafdruk van onze gezondheidszorg is van groot belang. Belangrijke factoren die bijdragen aan de milieubelasting in de zorg zijn onder andere afval door het gebruik van wegwerpproducten. Tijdens de COVID-19-pandemie nam het gebruik van single-use bronchoscopen (SUBs) enorm toe. Zowel de Society for Advanced Bronchoscopy (SAB) als de American Association for Bronchoscopy and Interventional Pulmonology (AABIP) adviseerden het gebruik van SUBs om het risico op besmetting met COVID-19 te beperken. Sinds de pandemie zijn er echter geen nieuwe richtlijnen opgesteld om klinici te adviseren over welk type bronchoscoop wanneer moet worden gebruikt. Fabrikanten van SUBs beweren dat reusable bronchoscopen (RUB's) een vergelijkbaar of zelfs hoger materiaal- en energieverbruik en daarmee gepaard gaande CO₂-equivalente uitstoot hebben dan SUB's. Het is nog onduidelijk of SUB's milieutechnisch duurzamer zijn dan herbruikbare varianten. Daarom hebben wij een uitgebreide levenscyclusanalyse (LCA) uitgevoerd waarin de milieu-impact van SUB's en RUB's gedurende hun volledige levenscyclus is vergeleken.

We hebben een multicenter, retrospectieve levenscyclusanalyse (LCA) uitgevoerd van SUB's en RUB's die werden gebruikt in twee Nederlandse academische centra tijdens de COVID-19-pandemie (2019–2020). De LCA volgde de ISO 14040-standaarden en omvatte een cradle-to-grave-analyse van materialen, productie, gebruik en afvalverwerking. De milieu-impact werd beoordeeld met behulp van het ReCiPe 2016-raamwerk, met focus op klimaatverandering, toxiciteit en grondstoffengebruik. Ook werden scenario- en onzekerheidsanalyses uitgevoerd.

Impact

SUB's hadden een hogere milieu-impact in 15 van de 18 tussencategorieën en in alle drie de eindcategorieën: menselijke gezondheid (DALY's), ecosystemen (soorten-

Comparing the Environmental Impact of Single-Use and Reusable Bronchoscope



The Green Scope Project

jaren) en grondstoffenschaarste (USD). Het omslagpunt waarbij RUB's duurzamer werden, lag bij 30 maal gebruik. De belangrijkste impactfactoren voor SUB's waren materiaaldeling en verpakking; voor RUB's waren dit het reinigingsproces en het gebruik van wegwerpmaterialen. Scenario- en onzekerheidsanalyses bevestigden het milieutechnisch voordeel van RUB's. Herbruikbare bronchoscopen zijn duurzamer dan wegwerp-bronchoscopen na 30 maal gebruik van RUBs, met een aanzienlijk lagere impact op gezondheid, ecosystemen en grondstoffengebruik. Onze bevindingen ondersteunen de betere duurzaamheid van RUBs.

Wat is nodig?

Voor de uitvoering van dit initiatief is slechts één belangrijk middel nodig: een podium om onze onderzoeksresultaten te presenteren. Wij richten ons met name op longartsen en AIOS longziekten, de groep die tijdens de COVID-19-pandemie veelal heeft gewerkt met single-use bronchoscopen (SUBs), onder de aanname dat deze duurzamer zouden zijn.

Met onze studie willen wij deze misvatting weerleggen, op basis van resultaten van onze levenscyclusanalyse (LCA), en zo bijdragen aan duurzamere keuzes binnen de longgeneeskunde.

Daarnaast streven wij ernaar om onze resultaten ook te presenteren op (inter)nationale congressen voor intensive care en longziekten. Hiervoor zouden reiskostenvergoedingen (travel grants) zeer welkom zijn en hier zouden we het geld voor willen gebruiken.

Overige betrokkenen

Intensive Care (Radboud UMC)
Environmental Science (Radboud UMC)
Longgeneeskunde (Amsterdam UMC, UMCG, Radboud UMC, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis)

Wat Is De Diagnose?



Presentatie SEH

De WIDD-commissie daagt je uit met een intrigerend klinisch beeld uit de dagelijkse praktijk van de longarts. Een interessante CT-scan, thoraxfoto, zeldzaam klinisch beeld of juist een klassiek echografisch beeld vormt hierbij het startpunt. Aan jou de taak om, op basis van de meest relevante gegevens, de mogelijke differentiaaldiagnose op te stellen. Hoe zou jij de casus benaderen? Vooral leuk om hier met je collega's tijdens een overdrachtsmoment eens over te sparren! Leerzaam voor de coassistenten, A(N)IOS, maar ook zeker voor de longarts. Verderop in PulmoScript lees je de ontknoping en de belangrijkste leerpunten.

26-jarige man met acute dyspneu

Anamnese

Een 20-jarige mannelijke marinier-in-opleiding presenteert zich met acute dyspneu tijdens een zwemoefening. Patiënt had voorafgaand aan het incident meerdere dagen slecht geslapen en onvoldoende gegeten. Een week eerder zwom hij in een vervuilde sloot waarbij hij water inslikte. Kort daarna ontwikkelde hij keelpijn (inmiddels verdwenen) en persisterende rhinorroe.

Tijdens de inspanning trad plots kortademigheid op; saturatie bij meting 88%. Daarnaast hoest met helder sputum. Geen thoracale pijn of drukkend gevoel op de borst. Geen blootstelling aan hoogte.

- Wil jij ook meedenken over casuïstiek en wil je lid worden van de WIDD-commissie?
- Ook elk maand de WIDD als eerste in je mailbox ontvangen?
- Heb je een mooie casus die je graag met je collega's wilt delen?

Mail naar widdlonggeneeskunde@gmail.com



12 uur na presentatie

Tot vijf weken geleden woonachtig in de Caraïben. Rookt 14 sigaretten per dag.

Lichamelijk onderzoek

Patiënt oogt niet acuut ziek of pijnlijk, is helder en adequaat. Geen icterus of tekenen van zweten. RR 125/58 mmHg, pols 66/min, temperatuur 36,1 °C, saturatie 91% in kamerlucht, ademfrequentie 16/min. Normale harttonen (S1S2), geen souffles. Vesiculair ademgeruis beiderzijds, met bibasale crepitaties. Geen thoracale drukpijn, subcutaan emfyseem of cyanose. Trachea midline. Geen verhoogde CVD. Capillary refill <2 sec. Goede perifere pulsaties beiderzijds. Extremiteten warm, soepel en slank, zonder marmering.

Aanvullend onderzoek

Laboratoriumonderzoek: algemeen bloedbeeld normaal, CRP 4 mg/L, nierfunctie en leverenzymen normaal, NT-proBNP 465 pg/ML, Toxscreen: negatief. MMB: leptospirose serologie: negatief, sputumkweek: geen groei, urinekweek: geen groei, virale PCR: rhinovirus positief.

Echo-cor: (12u na presentatie): goede linker- en rechterventrikelfunctie.

Huidige top 5 WIDD seizoen 2024/2025

1. UMC Groningen
2. Franciscus Gasthuis en Vlietland (winnaar 2023/2024) Rotterdam
3. Erasmus MC Rotterdam
4. Radboud UMC Nijmegen
5. St. Antonius ziekenhuis Utrecht

Jonge klare in de kijker

Naam:	Duco Deenstra
Geboortedatum:	17 april 1989
Opleiding geneeskunde:	Radboudumc, Nijmegen
Opleidingskliniek:	Catharina Ziekenhuis, Eindhoven
Werkt nu in:	UMC Utrecht

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

Na een korte periode als ANIOS begon ik met de opleiding. De vooropleiding heb ik in het Gelderse Vallei Ziekenhuis gedaan. Een fijn, middelgroot ziekenhuis waar je interne geneeskunde en cardiologie in de volle breedte kunt doen. Op de ICU kon je zeer veel verrichten doen. Overigens hebben de longartsen daar me stiekem ook al veel geleerd in de diensten en reeds geleerd om drains te plaatsen. Het was een mooie, brede basis om aan het long-deel te beginnen. Precies toen ik terugkwam van de vooropleiding begon de COVID pandemie. In Brabant werden we helaas hard getroffen. Veel en hard werken heeft me zeker veel geleerd, maar het was vooral ook een intense en droevige tijd. Nadien heb ik gelukkig de opleiding verder kunnen oppakken. De opleiding is een leuke tijd met veel veranderingen. Naast dat je je ontwikkelt als dokter, ontwikkel je je ook als mens. Ik woonde eerst in Nijmegen, maar gedurende de opleiding ben ik met mijn vriendin Margje gaan samenwonen in Den Bosch. Aan het eind van mijn opleiding heb ik voor verdiepingsstages in veel verschillende centra mogen werken, wat ik echt als een verrijking heb ervaren. Slaapgeneeskunde in meerdere centra mogen leren, ernstig astma stage in het Catharina ziekenhuis zelf gedaan, de academie in het MUMC+ en in het TBC-sanatorium in het Radboudumc mogen werken, met daarna de supervisiestage aan het eind van de opleiding weer in het Catharina.

Ik denk dat verwachtingen vooraf niet het goede woord zijn. De opleiding doorkruist een aanzienlijk deel van je leven. Volwassen worden, ontwikkelen, meegroeien. Het heeft mijn leven verrijkt en me telkens weer laten reflecteren op mezelf.

Wat is je aandachtsgebied en hoe ben je daarachter gekomen?

Ik heb meerdere aandachtsgebieden. Slaapgeneeskunde, (ernstig) astma, TBC en sinds kort de ILD. Hierbij doe ik momenteel ook dienst voor de longtransplantatie. Slaapgeneeskunde en astma vond ik altijd al een heel mooi deel van het vak. In beide vakgebieden kun je veel betekenen en vaak nog relatief jonge patiënten echt helpen om actief in het (werkende) leven te kunnen blijven participeren ondanks hun aandoening. In het Catharina ziekenhuis zijn vanwege het internationale vliegveld, de vele

expats en omdat de longartsen zelf ook de GGD bemensen, relatief veel TBC-patiënten. Daardoor is mijn interesse hiervoor gewekt. Als net startend longarts heb ik recent een half jaar met veel plezier op Aruba gewerkt, waar ik veel ILD heb gezien. Als coassistent had ik daar reeds onderzoek in gedaan en zo kwam de drang om dieper de ILD in te gaan. Zodoende ben ik nu werkzaam in het UMC Utrecht als algemeen longarts met daarbij een fellowship ILD. Een hele leuke werkomgeving met zeer fijne collega's. Dit bevalt erg goed. Daarnaast werk ik een dag per week in een slaapkliniek (Valeo). Daar kan ik mijn passie voor de slaapgeneeskunde goed kwijt.

Wie zijn de mensen geweest die richting hebben gegeven aan jouw carrière?

Gedurende mijn opleiding had je telkens andere supervisors afhankelijk van de stage. Dat maakt dat je van elke longarts dingen meeneemt, wat je combineert in je eigen werkwijze. Hierbij heb ik specifiek van mijn opleider Roland van Balkom vakinhoudelijk veel geleerd en van Ben van den Borne geleerd hoe je efficiënt werkt en je spreekuur praktisch indeelt en soepel laat lopen. Hiernaast hebben vrienden van zowel binnen als buiten de geneeskunde me altijd een frisse spiegel voorgehouden en is mijn vriendin een steun en toeverlaat. Daarnaast zijn mijn vader en ook grootvader (beiden longarts) voorbeelden voor me geweest gedurende mijn geneeskunde studie en later tijdens de opleiding.

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

Op de NVALT-site zie ik dat er momenteel veel vacatures zijn. Weliswaar ook veel tijdelijke contracten, maar ik heb toch het gevoel dat ook de vaste plekken steeds meer aantrekken. Naar mijn verwachting zal de banenmarkt in de toekomst verder verbeteren, al is daar wel een stabielere koers vanuit de landelijke politiek voor nodig, zodat vakgroepen duurzamer kunnen uitbreiden. Voor jonge klaren is het volgens mij vooral belangrijk om je niet blind te staren: in veel deelgebieden kun je gelukkig worden. Die bredere blik vergroot je kans op een baan en veel vakgebieden worden gewoon leuker hoe meer je erover leert.

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

In het Catharina ziekenhuis is het laatste half jaar supervisie

stage. Je superviseert je collega AIOS en ANIOS op de afdeling, SEH en polikliniek en je doet achterwachtdiensten zoals je dat als longarts zou doen met back-up. Dit stoomt je echt klaar voor het vak. Aan het eind hiervan voelde ik me eigenlijk volledig senang bij de verantwoordelijkheid die bij het longarts zijn komt kijken. Ook als longarts kun je nog steeds laagdrempelig met collega's overleggen.

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

Ik vind het belangrijk om een fijn en gebalanceerd leven te leiden, met ruimte voor werkplezier en samenwerking met leuke, betrokken collega's. Het directe contact met patiënten geeft me veel energie en voldoening. Ik verwacht niet dat ik alle aandachtsgebieden in de volle diepte kan blijven combineren, maar algemeen longarts zijn met twee goed ingevulde aandachtsgebieden lijkt me realistisch én waardevol. Verder blijf ik mezelf graag ontwikkelen, zowel op persoonlijk vlak als binnen mijn vak. Zoals mijn voormalig opleider zei: "Een leven lang leren". Hier sluit ik me bij aan. Dit houdt het werk en het leven voor mij boeiend en uitdagend.

Hoe combineer je je werk met je gezinsleven?

Om eerlijk te zijn worstel ik daar nog steeds weleens mee. Ik heb best wat reistijd en vind veel dingen leuk, zowel op werk als privé. Een week heeft dus gewoonweg te weinig uren vind ik.

Mijn motto is: "Zeg vooral ja" in plaats van nee. Dit geeft zoveel leuke interacties, mogelijkheden en creatieve projecten waar je bij betrokken wordt. De keerzijde is dat er soms gewoon echt drukke weken zijn. Ik ontspan door te varen in ons bootje, te sporten of gewoon door lekker buiten te zijn en tijdig vakantie te nemen. Mijn vriendin heeft ook een drukke baan, dus we doen thuis vooral alles samen en praten veel over de afstemming hiervan. Maar heel eerlijk: daarin voelt zij wel meer de emotionele belasting over de te regelen dingen thuis, dus dat is iets waar ik aan blijf werken.

Heb jij adviezen voor beginnende arts-assistenten?

Bespreek tijdig in je opleiding wat je leuk vindt, waar je interesse ligt en wat je doelen voor de opleiding zijn. Ofwel wees actief zelf eigenaar van je opleiding. Veel is mogelijk, maar je moet zelf wel het voortouw nemen. Ik heb het gevoel dat, mede door drukke buiten werk met ook veel life events tijdens de opleiding, veel collega's hun opleiding



doorlopen puur volgens de stappen die gepland staan in het opleidingsplan en het afvinken van EPA's en dat is natuurlijk helemaal oké. Maar zelf de lead nemen geeft meer energie en zo veel meer mogelijkheden. Je opleiders vinden het ook hartstikke leuk met je mee te denken en het verrijkt je opleiding. Daarnaast is het heel leuk en leerzaam binnen de NVALT betrokken te zijn op welke manier dan ook (secties, AIOS-bestuur, commissies).

Klaar: Ben Venmans

Na een lange loopbaan als longarts in Leeuwarden en acht jaar bestuurlijke betrokkenheid bij de NVALT, neemt Ben Venmans afscheid van het vak. In zijn werk stonden vakmanschap, collegialiteit en opleiden centraal, altijd met oog voor wat echt waarde toevoegt. Van papieren dossiers tot digitale MDO's, van solistisch werk tot multidisciplinair overleg: Ben maakte de transitie van een klassiek ziekenhuis naar een topklinisch opleidingscentrum van dichtbij mee. In deze aflevering van 'Klaar' blikt hij terug op een veranderend vak, een hechte vakgroep en op een carrière die klaar is voor een nieuw hoofdstuk buiten het ziekenhuis.

Je staat op het punt afscheid te nemen van je vak. Als je terugkijkt, wat was dan een bepalend moment in je carrière?

Mijn keuze om me te vestigen in het Medisch Centrum Leeuwarden, dat sinds dit jaar na een fusie met ziekenhuis De Tjongerschans in Heerenveen het Frisius Medisch Centrum heet. Destijds werkte ik in een vakgroep met vier longartsen op twee locaties, onderdeel van de Maatschap Friese Longartsen, bestaande uit acht longartsen. Toen allemaal mannen natuurlijk. Daarnaast was het besluit om in Leeuwarden de opleidingsbevoegdheid aan te vragen een bepalend moment. Er was destijds enige weerstand tegen



nieuwe klinieken die opleidingsvisitaties aanvroegen, maar gelukkig werd onze aanvraag gehonoreerd. Dit heeft het beloop van mijn carrière in belangrijke mate vormgegeven.

Welke ontwikkelingen binnen de longgeneeskunde vond je opmerkelijk?

Er zijn enorm veel vakinhoudelijke ontwikkelingen geweest binnen de diverse deelgebieden van de longgeneeskunde. Een belangrijk deel van mijn werkzaamheden betrof de longoncologie. De toepassing van immunotherapie bij longkanker heb ik als zeer bijzonder ervaren. Ik werd helemaal blij bij het terugzien van patiënten, vijf jaar na het afronden van een behandeling met immunotherapie wegens gemetastaseerde longkanker. Dat had ik tien jaar geleden niet voor mogelijk gehouden. Daarnaast behandelen we patiënten steeds minder solistisch en steeds meer in teamverband. Kijk maar eens naar het aantal MDO's waar we aan deelnemen. Ik hoop niet dat secties van de NVALT of de zorgverzekeraars straks van mening zijn dat dit voor elke patiënt nodig is. Het moet wel toegevoegde waarde hebben.

Wat heeft je altijd gemotiveerd om met plezier naar je werk te gaan?

Ik heb altijd in een fijne vakgroep gewerkt, in welke samenstelling deze ook was. We deden daar ook ons best voor. Er was een wekelijks vakgroepoverleg van anderhalf uur op dinsdagochtend om 07.30 uur, meestal met een volle agenda, waarbij we begonnen met het wel en wee van iedereen. Het was een ambitieuze vakgroep waarbij we gebruik maakten van elkaars talenten, elkaar dingen gunden en elkaar zeker niet frustreerden in onze ambities. Ook buiten het werk waren we in elkaar geïnteresseerd. Zoals één van ons het regelmatig zei: "we zijn meer dan collega's van elkaar." Zonder die onderlinge band zou het werk veel zwaarder zijn geweest.

Is jouw manier van werken in de loop der jaren veranderd?

Enorm. Toen ik begon, werkte ik solistisch op één van de twee locaties van het Medisch Centrum Leeuwarden. Het was een volledig ziekenhuis met alle bijbehorende functies. Zeven dagdelen poli, twee dagdelen visite lopen en één dagdeel behandelkamer. Aan het einde van de dag nog alle consulten. Papier dossiers, elk specialisme z'n eigen polidossier. Na de poli nog 25 brieven dicteren. Zware mappen met röntgenfoto's die regelmatig zoek waren. Papier aanvraagformulieren en uitslagen. De secretariële werkzaamheden werden nog gedaan door het secretariaat. Bij terugkomst van vakantie slechts een klein stapeltje post en geen 300 e-mails.

Na een aantal jaren werd de zorg geconcentreerd op één locatie. De opleidingsbevoegdheid werd verkregen en het ziekenhuis ontwikkelde zich tot een topklinisch opleidingsziekenhuis. Minder directe patiëntenzorg, meer opleiding, supervisie en bestuurlijke activiteiten. De digitalisering zette door met digitale radiologie en

het elektronisch patiëntendossier. Meer aandacht voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Helaas is dit deels doorgeslagen, met een enorme administratieve last tot gevolg. Volgens recent onderzoek bij internisten besteden zij hier 40% van tijd aan. Bij longartsen zal dit niet veel anders zijn.

Je hebt je carrière in Leeuwarden doorgebracht. Is werken in het Noorden anders dan in de rest van het land?

Ja, het is veel fijner om in het Noorden te werken. Toen wij naar Leeuwarden verhuisden hadden we geen enkele band met Fryslân. We zijn geen zeilers, schaatsers of kaatsers. Toch hebben we er nooit spijt van gehad, en zijn ook niet van plan om hier weg te gaan. Er is veel rust, ruimte en natuur. Er wordt veel gebouwd, de woningen zijn beter betaalbaar en alle voorzieningen zijn aanwezig. Misschien zijn de patiënten hier ook wel iets minder veeleisend, al is dat ook aan het veranderen. Het is ons tot heden goed gelukt om vacatures ingevuld te krijgen, maar dat geldt niet voor alle specialismen. De afstand Randstad – Leeuwarden lijkt toch groter te zijn dan Leeuwarden – Randstad.

Je bent acht jaar actief geweest als penningmeester binnen het NVALT-bestuur. Hoe heb je die bestuurstijd ervaren?

Voordat ik penningmeester werd, had ik als vertegenwoordiger van de AIOS al een enkele jaren deel uitgemaakt van het NVALT-bestuur. Het was dus niet helemaal vreemd voor mij maar wel de rol van verantwoordelijke voor de financiële zaken. Niet direct onze corebusiness. Maar als ik ja zeg dan ga ik er ook echt voor. Ik heb mij goed in de materie verdiept en dan ben je al snel deskundig. De anderen zaten er wat minder in, wat de besluitvorming makkelijker maakte. Uiteindelijk bleek de functie van penningmeester voor longartsen toch te lastig en worden de werkzaamheden nu uitbesteed. Het meest bijzonder vond ik de enorme hoeveelheid onderwerpen die binnen het bestuur langskomt. Dat had ik van tevoren niet kunnen bedenken. Het was enorm leerzaam. Ik heb in die acht jaar met vele verschillende medebestuurders samengewerkt, altijd in een plezierige en constructieve sfeer. De toegewijde steun van de medewerkers van het NVALT-bureau was daarbij onmisbaar. Ik kijk er met een heel goed gevoel op terug en kan iedereen een bestuurlijke rol in één van de gremia van de NVALT aanraden.

Terugkijkend op die tijd zijn er veel zaken veranderd binnen de NVALT. Wat vind je nu beter of juist slechter gaan dan toen?

Tijdens mijn bestuursperiode zijn we gestart met de professionalisering van de NVALT. Die ontwikkeling heeft zich doorgezet. Alleen al de samenstelling van het bureau is anders: met nu ook een directeur en beleidsadviseurs. De vereniging is bovendien veel groter geworden. Mede door uitbreiding van de opleidingscapaciteit zijn er nu veel meer longartsen. En ook Verpleegkundig Specialisten en Physician

Assistants kunnen lid worden. Andere grote veranderingen zijn de organisatie van de medisch specialisten via de wetenschappelijke verenigingen binnen de Federatie Medisch Specialisten en verhuizing van het bureau van 's-Hertogenbosch naar de Domus Medica in Utrecht. Allemaal positieve ontwikkelingen. De enige grote fout die is gemaakt? Het opheffen van de bestuursfunctie van penningmeester.

Een vak als longarts is bijna een deel van je identiteit, hoe voelt het om dit nu los te laten?

Dat valt wel mee. Longarts zijn is maar één van de vele rollen die je hebt. Ik heb me er echter altijd naar gedragen, vooral dankzij het gebod van mijn oude maat Henk Pasma: "Gedraag jullie zoals het longartsen betaamt!" Verder had ik mijn werkzaamheden al wat afgebouwd. Vanaf mijn 60e werkte ik vier dagen per week en vanaf mijn 65e drie dagen. Ook heb ik ter voorbereiding op mijn pensioen het boek Het Pensioen Kasteel gelezen. Je bezoekt hierin alle kamers van het kasteel, met in elke kamer tips voor deze nieuwe levensfase. Ik ben er helemaal klaar voor.

Waar kijk je het meest naar uit in je pensioen?

Dat ik geen tijd meer hoeft te besteden aan projecten waaraan je je niet kunt onttrekken maar waarvan je weet dat ze totaal zinloos zijn. Als voorbeeld noem ik de exercitie betreffende de concentratie van oncologische zorg in het kader van het integraal zorgakkoord. Ik heb hier als voorzitter van het Netwerk Longoncologie Friesland vele vergaderuren in gestoken. Bij voorbaat stond al vast dat dit op geen enkele manier zou bijdragen aan het toekomstbestendig maken van de zorg.

Is er iets wat je altijd hebt willen doen, maar waar je nooit aan toe kwam?

Ik heb grootse plannen. Ik wil eindelijk het tekenen en schilderen oppakken. Alle materialen zijn inmiddels aanwezig. Verder start ik in september met de jaaropleiding Filosofie van Vrije Academie. Daarnaast ga ik dagelijks wandelen en twee keer per week naar de sportschool. Mijn echtgenote Ellie is oppas-oma voor een aantal kleinkinderen, dus daar komt nu een oppas-opa bij. Ellie heeft ook nog een lijst met dingen waaraan ik nooit toegekomen ben, maar mijn enthousiasme daarover is altijd al beperkt geweest.

Blijf je op enige manier nog betrokken bij de longgeneeskunde of de NVALT?

Dat zal vanaf de zijlijn zijn. Ik heb niet de ambitie om te gaan waarnemen. Wel heb ik me aangemeld voor het seniorlidmaatschap van de NVALT. Ik heb vernomen dat er seniordagen georganiseerd worden en ben zeker van plan om daar naartoe te gaan. Verder gaan we elke drie maanden met een paar (oud-)maten borrelen en aansluitend een hapje eten in Leeuwarden. De ziekenhuisperikelen en de wereldpolitiek bespreken. Dit blijf ik zeker doen.

Wat zou je willen meegeven aan jonge collega's die net beginnen?

Als jonge specialist stap je een vakgroep binnen waarin al veel is opgebouwd, maar waarin jij ook een belangrijke rol kunt spelen in hoe die groep functioneert. Bedenk dat een vakgroep pas echt tot bloei komt wanneer er onderling respect is, wanneer collega's elkaar iets gunnen en wanneer ieder de ruimte krijgt om zich op zijn of haar eigen manier te ontwikkelen. Draag actief bij aan een open, eerlijke en veilige werksfeer. Wees oprecht geïnteresseerd in je collega's. Een goed functionerende vakgroep ontstaat niet vanzelf. Iedereen moet zijn bijdrage leveren. Aarzel niet om er veel tijd en energie in te steken. Met de uitdagingen die de zorg te wachten staan zul je er veel profijt van hebben.



Stage in de etalage

Longtransplantatie

Longtransplantatie is een onderdeel van longgeneeskunde waar niet elke AIOS direct mee in contact komt, maar patiënten met longfalen zien we allemaal! Het is hooggespecialiseerde geneeskunde en is als last-resort behandeling vaak nog de enige optie voor geselecteerde patiënten met eindstadium longfalen. Omdat wij van mening zijn dat een stage bij de longtransplantatie niet alleen een kennismaking is met een fascinerende tak van de (long)geneeskunde die we iedereen kunnen aanraden willen we in deze rubriek graag toelichten waarom een stage bij de longtransplantatie voor AIOS longziekten van toegevoegde waarde kan zijn.

In Nederland worden in drie centra longtransplantaties uitgevoerd: Erasmus MC, UMCU en UMCG. In het laatste centrum worden als enige ook gecombineerde transplantaties gedaan, zoals hart-long of long-levertransplantaties. Gemiddeld worden er in Nederland in totaal meer dan 100 transplantaties op jaarbasis uitgevoerd, desondanks staan er ongeveer 120 patiënten op de landelijke wachtlijst. Door de nieuwe donorwet is het aantal donoren sterk toegenomen en daarmee het aantal transplantaties ook. Daarmee kunnen we steeds meer patiënten met eindstadium longfalen helpen. Denk hierbij aan eindstadium COPD, longfibrose en/of pulmonale hypertensie: patiënten die iedere longarts in zijn spreekkamer tegenkomt. We behandelen patiënten van jong (eventueel ook kinderen) tot aan ongeveer 65 jaar oud. In bijzondere omstandigheden zelfs tot 70 jaar. Het traject vanaf aanmelding tot aan transplantatie kan veel tijd kosten. Besluitvoering over selectie van patiënten vindt plaats in MDO's met longchirurgen, cardio-anesthesisten en soms ook intensivisten, maar ook maatschappelijk werkers. Voorafgaand aan een eventuele wachtlijstplaatsing volgt een uitgebreide klinische screeningsweek die van belang is om te bekijken of er belemmeringen zijn voor eventuele transplantatie. Daarna volgt er nog een periode op de wachtlijst. Een patiënt van je poli

tijdig verwijzen is dus essentieel: we zien een patiënt liever te vroeg dan te laat.

Maar wie verwijst je nu wel of juist niet naar een longtransplantatiecentrum? En wanneer is het een goed moment om die verwijzing te doen? Wat houdt het traject precies in en wat betekent het voor een patiënt en zijn/haar naasten om getransplanteerd te worden? Hoe is het om samen te werken in zo'n multidisciplinair team?

Door stage te lopen in een van de drie centra verkrijgt je de inzichten die antwoord geven op deze vragen. En leer je wat het is om (long)geneeskunde te bedrijven in een jong, high-tech, multidisciplinair veld waar niet alle antwoorden terug te vinden zijn in RCT's.

De invulling van een facultatieve stage longtransplantatie mag jezelf invullen. Idealiter kom je tenminste vier weken zodat je alle facetten van het proces mee kunt krijgen. We proberen je te leren wanneer het geschikt is om een patiënt te verwijzen, wat er nodig is om een patiënt goed te keuren voor eventuele transplantatie, hoe het wachtlijst systeem werkt en uiteraard wat de transplantatie en de gevolgen ervan allemaal inhouden. Uiteraard kun je ook mee met een donatieprocedure. Je hoeft niet per se transplantatie arts te worden om deze stage te doen, de invulling is vrij en kan aangepast worden naar ieders wens. Deze stage is dan ook is een zeer waardevolle aanvulling tijdens de opleiding tot longarts!

Een stage longtransplantatie kun je in één van de drie centra uitvoeren en hiervoor mag je contact opnemen met onderstaande begeleiders:

EMC: Roel van Pel (r.pel@erasmusmc.nl)

UMCU (in samenwerking met het St Antonius Ziekenhuis Nieuwegein)

Elize Berg (e.m.berg-9@umcutrecht.nl)

UMCG: Tjerk Hylkema (t.h.hylkema@umcg.nl)

Longchirurgie

Interview Koen Hartemink

Prof. dr. Koen Hartemink is sinds 2013 werkzaam als longchirurg in het Antoni van Leeuwenhoek (AVL) in Amsterdam. Hij voert zowel minimaal invasieve ingrepen, zoals thoracoscopische operaties en robotchirurgie, als uitgebreide operaties bij complexe tumoren uit. In oktober 2024 werd hij benoemd tot bijzonder hoogleraar longchirurgie, in het bijzonder long- en mediastinale tumoren aan het Leids Universitair Medisch Centrum. Daarmee is hij de eerste chirurg in Nederland met een leerstoel specifiek in de longchirurgie.

Hartemink combineert zijn klinische werk met wetenschappelijk onderzoek, gericht op het optimaliseren van behandelingen voor longkanker. Hij onderzoekt onder andere de effectiviteit van verschillende operatietechnieken en de rol van chirurgie in combinatie met andere therapieën zoals chemo- en radiotherapie, immuuntherapie en doelgerichte therapie.

U heeft tijdens de Longartsenweek een boeiende lezing gegeven over longchirurgie. Wat wilde u de aanwezigen vooral meegeven?

Ik heb tijdens twee voordrachten de actuele stand van zaken aangaande het aantal longoperaties dat op dit moment in Nederland wordt uitgevoerd besproken. Hierin heb ik de recent door het Integraal Zorgakkoord gestelde voorwaarden voor behoud van Longchirurgie in een ziekenhuis meegenomen. Daarnaast heb ik verteld over de rol van longchirurgie bij de diverse tumorstadia van het niet-kleincellig longcarcinoom. Hierbij werden de actuele ontwikkelingen betreffende neoadjuvante chemo-immunotherapie, evenals adjuvante immuuntherapie besproken. Tevens heb ik mijn visie gegeven op de begrippen 'resectabiliteit' en 'operabiliteit' en heb ik verschillende operatietechnieken getoond, geïllustreerd met operatiefoto's en video's, afgesloten met een beknopt overzicht van een aantal ontwikkelingen met betrekking tot de (toekomstige) behandeling van longkanker.

Kunt u iets vertellen over uw persoonlijke drijfveren voor het vak als longchirurg?

Als longchirurg kan je, zeker in het huidige tijdperk van multimodaliteiten behandelingen, een belangrijke rol spelen bij de behandeling van een patiënt, steeds vaker met het doel van curatie voor ogen. Maar ook bij de patiënt met een gemetastaseerde ziekte kunnen wij steeds vaker een rol van betekenis spelen. De combinatie van het belang voor de patiënt, de technische mogelijkheden en ontwikkelingen binnen ons vakgebied maken het vak bijzonder interessant en uitdagend. Dit in combinatie met de vele onderzoeksmogelijkheden en nog onbeantwoorde vragen, maken dat ik mij bevoorrecht voel dit vak te mogen uitoefenen.



De behandeling van longkanker vereist vaak intensieve samenwerking tussen verschillende disciplines. Hoe ziet u de rol van de longchirurg binnen dit multidisciplinaire team?

De rol van de longchirurg bij de behandeling van een patiënt met longkanker wordt steeds belangrijker, initieel m.n. bij het vroegstadium niet-kleincellig longcarcinoom, maar tegenwoordig steeds meer bij het lokaal-uitgebreid longcarcinoom en in de gemetastaseerde setting. De actuele ontwikkelingen en mogelijkheden in multimodaliteiten behandelingen liggen hieraan ten grondslag.

In welke gevallen kiest u vandaag de dag nog voor een klassieke thoracotomie in plaats van een minimaal invasieve benadering zoals RATS?

In de setting waarin ik opereer, in het AVL, verrichten we nagenoeg alle ingrepen minimaal invasief, meestal robotisch, soms thoracoscopisch. Wanneer tijdens de preoperatieve planning, bijvoorbeeld door middel van 3D-segmentatie en/of -reconstructie, duidelijk is dat aangrenzende structuren zoals ribben, centrale vaatstructuren of andere structuren moeten worden

meegenomen opdat een R0 resectie wordt verricht, dan wordt op indicatie gestart door middel van thoracotomie. Met het toenemen van de ervaring in de robotchirurgie (in het AVL zijn we met het robot thoraxchirurgie programma gestart in 2015), worden tegenwoordig ook de uitgebreidere resecties en de resecties na neoadjuvante therapie doorgaans in opzet robotisch uitgevoerd.

De Da Vinci-robot wordt steeds vaker ingezet bij longchirurgie. Wat zijn volgens u de belangrijkste voordelen en beperkingen van deze techniek?

Belangrijkste voordelen komen voort uit de mogelijkheden met de robot heel precies te kunnen werken in kleine, moeilijk bereikbare ruimtes, met een sterk vergroot (10 maal) 3-dimensionaal beeld. Daarnaast gaat een robot-ingreep doorgaans gepaard met minder postoperatieve pijnklachten, een sneller herstel en hebben wij in ons ziekenhuis de opnameduur na een lobectomie mede hierdoor kunnen verkorten, waarbij patiënten nu doorgaans op de 2de postoperatieve dag naar huis kunnen worden ontslagen. Een ander belangrijk voordeel komt voort uit de betere ergonomie voor de operateur, mogelijk bijdragend aan minder (gewrichts)klachten (o.a. schouder, nek, rug), hetgeen in de huidige tijd met uitval van chirurgen door musculoskeletale klachten, niet onbelangrijk is.

Ondanks technologische vooruitgang blijft longchirurgie een zware ingreep voor de patiënt. Hoe weegt u de risico's en baten af, met name bij oudere of kwetsbare patiënten?

Het is belangrijk om de voor- en nadelen van een operatieve ingreep met de patiënt te bespreken en aandacht te hebben voor de wens van de patiënt. Niet zelden blijkt een voor ons gebruikelijk na te streven doel helemaal niet zo evident te zijn voor de patiënt. En afzien van een operatie, wanneer een patiënt aangeeft niet geopereerd te willen worden, moet ook dat tot de mogelijkheden behoren. Hoewel het chirurgisch trauma, na introductie van minimaal-invasieve technieken zoals de robotchirurgie, aanzienlijk kleiner is geworden, behoort het ook tot onze taak open te staan voor het bespreken van alternatieve behandelingen, zoals (stereotactische) radiotherapie of een afwachtend beleid en 'best supportive care'.

Wordt er bij de patiëntselectie voldoende gebruik gemaakt van functionele en oncologische criteria, of ziet u daar nog ruimte voor verbetering?

Zowel functionele criteria, denkend o.a. aan een uitgevoerd longfunctieonderzoek (spirometrie) of een fietsergometrie, als oncologische criteria (op richtlijnen en wetenschappelijk onderzoek gebaseerd) worden meegenomen in de selectie van patiënt en tumor voor een bepaalde behandeling.

Echter, er vindt momenteel veel onderzoek plaats, o.a. door mijn onderzoeksgroep, naar de juiste selectie van patiënten voor bijvoorbeeld een operatieve behandeling van een vroegstadium niet-kleincellig longcarcinoom, maar bijvoorbeeld ook bij een stadium III tumor of in geval van oligoprogressie van een gemetastaseerde longtumor, welke initieel goed gereageerd heeft op systeemtherapie.

Welke ontwikkelingen binnen de longchirurgie vindt u op dit moment het meest veelbelovend?

Er wordt momenteel veel onderzoek gedaan naar de multimodaliteiten behandeling van het niet-kleincellig longcarcinoom, waarbij resectie onderdeel uitmaakt van de behandeling. Deze ontwikkeling vindt plaats bij alle tumorstadia. Met het steeds effectiever worden van de systeemtherapie, neemt de aandacht voor een goede lokale behandeling (zoals chirurgie, radiotherapie of een andere lokaal ablatieve behandeling zoals cryo-ablatie) verder toe.

Hoe verandert het vak van de longchirurg onder invloed van technologie, en wat vraagt dat van de nieuwe generatie chirurgen?

Er vinden vele ontwikkelingen plaats op het gebied van zowel indicatiestelling, als op het gebied van chirurgische technieken, denkend aan minimaal invasieve operatietechnieken, zoals robotchirurgie, maar ook 3D navigatie preoperatief en peroperatief genavigeerde chirurgie. Toekomstige longchirurgen dienen in deze nieuwe technieken opgeleid te worden en zich deze eigen te maken en hopelijk al vroeg in de carrière te participeren in wetenschappelijk onderzoek, opdat we de kwaliteit van zorg voor onze patiënten verder kunnen verbeteren.

Wat hoopt u persoonlijk nog bij te dragen aan het vakgebied in de komende jaren?

Ik ben van mening dat er nog vele mogelijkheden zijn om de zorg te verbeteren. Door samenwerking tussen diverse bij de behandeling van longkanker betrokken specialismen, zowel in de klinische zorg, als op het gebied van wetenschappelijk onderzoek kunnen we de uitkomsten voor onze patiënten verder verbeteren. De begin 2024 opgerichte stichting Dutch Thoracic Group (DTG, www.dtgnederland.nl) heeft als doel bevordering van multidisciplinaire samenwerking op het gebied van kliniek, onderzoek en onderwijs. Als voorzitter van de Wetenschappelijke commissie hoop ik, samen met vicevoorzitter Lizza Hendriks en meerdere enthousiaste commissieleden afkomstig uit de verschillende wetenschappelijke verenigingen, het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van thoracale aandoeningen (o.a. longkanker, thoraxwand- en pleurale afwijkingen, benigne aandoeningen, etc.) verder te verbeteren.



Tegemoetkoming stoffengerelateerde beroepsziekten

Pleitbezorger erkenning zieke werknemers Renée van Snippenburg:

“We moeten patiënten met beroepsziekte erkenning geven”

Werknemers die tijdens hun werk longkanker door asbest of silica, silicose, allergisch beroepsastma, neuskanker door houtstof of ‘schildersziekte’ (CSE) hebben opgelopen, kunnen in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de overheid. De zogeheten TSB-regeling is afgelopen juli uitgebreid van drie naar zes beroepsziekten. Renée van Snippenburg, longarts en bestuurder van het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL), breekt een lans voor meer bekendheid van de regeling bij haar collega’s in het land.

Toen ze nog als longarts in het ziekenhuis werkte, vroeg ze haar patiënten altijd wat voor werk ze deden. “Hoewel in die tijd veel minder bekend was over het mogelijke verband tussen werk en longaandoeningen, probeerde ik toch altijd het hele plaatje te zien. Niet dat ik daar altijd iets mee kon. Nu zouden bij bijvoorbeeld een kapper of bakker met astmaklachten, een timmerman met neuskanker of een bouwvakker met silicose meteen de alarmbellen moeten gaan rinkelen. Het is zo belangrijk dat artsen de kennis hebben over en zich bewust zijn van de relatie tussen blootstelling aan gevaarlijke stoffen en ziekten.” Bovendien kunnen ze patiënten volgens Van Snippenburg wijzen op het bestaan van de regeling Tegemoetkoming Stoffengerelateerde Beroepsziekten en ze

attenderen op de mogelijkheid voor het doen van een aanvraag via de website van Instituut Slachtoffers Beroepsziekten door Gevaarlijke stoffen (www.tbs-regeling.nl). “Gewoon patiënten even de goede kant op sturen en zorgen dat zij erkenning krijgen.” Van Snippenburg benadrukt dat dit geen extra werk voor longartsen betekent. “Na aanmelding voor de regeling wordt er eenmalig informatie opgevraagd bij het medisch secretariaat van de longafdeling. Het gaat in principe om een bewijs van diagnosestelling, met onderbouwing, meer hoeft er niet aangeleverd te worden.”

Eenmalige tegemoetkoming

In navolging van een tegemoetkomingsregeling voor aan asbest blootgestelde werknemers met mesothelioom en asbestose, die respectievelijk sinds 2000 en 2014 bestaat, werd ruim twee jaar geleden een bredere regeling van kracht. Op 1 januari 2023 ging de Tegemoetkoming Stoffengerelateerde Beroepsziekten (TSB) van start. (oud)Werknemers en (oud) zzp’ers met longkanker door asbest, allergisch beroepsastma en de ‘schildersziekte’ CSE kunnen, in plaats van een jarenlange aansprakelijkheidsprocedure te moeten voeren, op een relatief eenvoudige manier erkenning krijgen voor hun beroepsziekte - en verlies van gezonde levensjaren - en mogelijk in aanmerking

komen voor een eenmalige tegemoetkoming van € 25.679,- (2025) van de Sociale Verzekeringsbank. Sinds 1 juli 2025 is de regeling uitgebreid met longkanker door silica, silicose en neus(bijholte) kanker. Bedoeling is dat de komende jaren meer ‘beroepsblootstellingsziekten’ worden toegevoegd.

Renée van Snippenburg is blij met de uitbreiding; het kan haar niet snel genoeg gaan. Vanuit het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen is ze betrokken bij het Lexces, het onafhankelijke Landelijke Expertisecentrum Stoffengerelateerde Beroepsziekten, dat zich bezighoudt met signalering en preventie van beroepsziekten door gevaarlijke stoffen op het werk. Het Lexces is een samenwerkingsverband dat bestaat uit: Institute for Risk Assessment Sciences (IRAS, Universiteit Utrecht), Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL), Polikliniek Mens en Arbeid (PMA, Amsterdam UMC), Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB, Amsterdam UMC) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Bewustzijn creëren

Een multidisciplinair deskundigenpanel van het Lexces is betrokken bij het beoordelen van de aanvragen voor de TSB-regeling. “Hoewel de TSB-regeling echt laagdrempelig is, blijft het aantal aanvragen achter bij onze verwachtingen. En dat ligt volgens mij voor een groot deel aan gebrek aan bekendheid van de regeling bij bedrijfsartsen, huisartsen en medisch specialisten. De link tussen de ziekte en bijvoorbeeld het werk van een lasser bij Tata Steel of een platformmedewerker op Schiphol is te weinig in beeld in de spreekkamer. Doel van de TSB-regeling

“Het valt niet mee om van werkgevers en bedrijfsartsen informatie te krijgen over de werkomstandigheden van de patiënt.”

is ook meer bewustzijn creëren, zodat ook in de preventieve sfeer stappen gezet kunnen worden. Nu kan het bijvoorbeeld gebeuren dat een werkgever zijn arbeidsmigrant mét stoflongen terugstuurt naar Roemenië. Of dat een vloerenlegger met neuskanker uitvalt, zonder dat men in de gaten heeft dat er sprake is van een beroepsziekte en dat er iets gebeurt aan de arbeidsomstandigheden. Dat moet echt veranderen.”

Informatie boven tafel krijgen

(oud)Werkenden die denken in aanmerking te komen voor de TSB-regeling kunnen zich melden via de website www.tsb-regeling.nl



regeling.nl van het Instituut Slachtoffers Beroepsziekten door Gevaarlijke stoffen. Het ISBG ondersteunt de zieke werknemers bij hun aanvraag. En verzamelt vervolgens, mits beschikbaar, alle informatie over het arbeidsverleden en medische informatie van huisartsen, bedrijfsartsen en de medisch specialist. De onderbouwde aanvraag wordt vervolgens beoordeeld door de medisch- en blootstellingsdeskundigen in het deskundigenpanel van het Lexces. Op basis van dat advies beslist de Sociale Verzekeringsbank uiteindelijk of mensen al dan niet in aanmerking komen voor de tegemoetkoming. “Het valt voor het ISBG vaak niet mee om alle informatie boven tafel te krijgen”, vertelt Van Snippenburg. “Vooral bij (voormalige) werkgevers en arbodiensten lukt dat vaak niet. Er zijn veel wisselingen van arbodiensten en dossiers zijn vaak niet meer beschikbaar als iemand eenmaal uit dienst is. Ook worden veel mensen pas ziek als ze met pensioen zijn. Bovendien voelen werkgevers zich niet altijd geroepen informatie te verstrekken. Het aannemelijk maken van het verband tussen blootstelling en ziekte is daardoor niet eenvoudig.”

Bang voor toeloop

Sinds de start van de TSB-regeling in 2023 zijn er tot 1 juli van dit jaar ruim vijfhonderd aanvragen ingediend, ongeveer een derde is gehonoreerd. Aanvankelijk gingen betrokkenen uit van

minimaal tweeduizend aanvragen per jaar. Onbekendheid van de regeling bij zowel werknemers als behandelaren speelt een belangrijke rol bij het achterblijvende aantal TSB-verzoeken. Sinds aanpassing van de protocollen is het aantal aanmeldingen flink toegenomen. “Het ministerie van SZW, dat de regeling financiert, was bang voor een enorme toeloop van aanvragers”, vertelt Van Schippenburg. “en mogelijk daarmee een groot aantal aanvragers met een onjuiste diagnose. Om de bekendheid bij de zorgverleners te vergroten, heb ik onlangs nog een rondje gemaakt langs beroepsverenigingen van huisartsen, KNO-artsen en de Nederlandse Vereniging voor Artsen van Longziekten en Tuberculose (NVALT) - ook om ‘nieuwe’ beroepsziekten zoals neuskanker door houtstof onder de aandacht te brengen. Deze laatste groep bestaat weliswaar uit relatief weinig patiënten, maar de beroepsgroep is nu super alert. Bij de NVALT is sinds twee jaar ook een werkgroep ‘arbeid en longaandoeningen’ actief. Iets wat zeker gaat helpen bij de bewustwording in de relatie tussen beroepsblootstelling en ziekte.”

“De financiële regeling is ook bedoeld om meer bewustzijn te creëren over beroepsziekten.”

Dat er tot nu toe best veel mensen zijn afgewezen, het aantal toekenningen zit sinds kort in de lift, heeft volgens Van Snippenburg niet zozeer te maken met de strengheid van de regeling. “Het is doodzonde dat mensen vooral worden afgewezen door slechte diagnostiek of informatie die niet meer te achterhalen is. Bedoeling van de regeling is namelijk dat zoveel mogelijk mensen die er recht op hebben de tegemoetkoming krijgen.”

Protocollen herzien en pilot aanvullende diagnostiek

Om meer recht te doen aan het ‘voorhandsaannemelijk principe’ waarop de TSB-regeling gestoeld is, zijn de reeds bestaande protocollen herzien na een uitgebreide evaluatie. Een paar weken na invoering van die nieuwe protocollen, was al sprake van een stijging van het aantal aanvragen. Van Snippenburg: “Bij longkanker is de drempelwaarde van de ‘asbestvezeljaren’ verlaagd om tegemoet te komen aan de spreiding die er bestaat bij blootstelling in de verschillende omstandigheden die werkenden in bepaalde functies hebben. En bij allergisch beroepsastma hoeft de werkgerelateerdheid niet altijd objectief vastgesteld te zijn als de diagnose is gesteld in een tijd waarin de richtlijn allergisch beroepsastma nog niet bestond. De diagnosebrief van de bedrijfsarts of longarts waarin de diagnose allergisch beroepsastma is vermeld kan in zo’n situatie volstaan.”

“Aanvragers met meer beperkte bewijsvoering, vaak door missende informatie of gebrek aan uitgevoerde diagnostiek, maken nu meer kans op toekenning”, vervolgt Van Snippenburg. “Daarnaast heeft een deskundigenpanel meer ruimte om

een eigen afweging te maken, los van de volledigheid van de bewijsvoering. Dat zijn echt goede verbeteringen. Het gaat om de menselijke maat en elk individu is anders. Ook is besloten dat mensen die eerder zijn afgewezen opnieuw een aanvraag kunnen indienen vanwege de herziening van de eerste drie protocollen. Daarnaast loopt er op dit moment een pilot aanvullende diagnostiek. Aanvragers die een negatief advies hebben ontvangen van het deskundigenpanel, maar waarbij men van mening is dat extra onderzoek tot toekenning kan leiden, worden door het ISBG uitgenodigd voor nader onderzoek bij een expertisecentrum - bekostigd door het ministerie van SZW.”

Regeling verder uitbreiden

Komende jaren zal de lijst beroepsziekten veroorzaakt door blootstelling aan gevaarlijke stoffen welke in aanmerking komen voor een tegemoetkoming, verder worden uitgebreid. Volgens Van Snippenburg zijn de zes beroepsziekten die nu onder de TSB-regeling vallen gekozen, omdat ze veelvoorkomend zijn én er veel wetenschappelijk bewijs bestaat om de causaliteit tussen blootstelling op het werk en ziekte aan te tonen. “We willen nu verder uitbreiden door clusters te maken. Dus bijvoorbeeld niet alleen allergisch astma, maar ook bijvoorbeeld irritatief astma door blootstelling aan irriterende stoffen of specifieke prikkels zoals door werken in een koelcel. Bij longkanker gaan we kijken of we naast silica en asbest, andere beroepsblootstellingen kunnen meenemen in een protocol. Een moeilijkheid hierbij is dat de causaliteitsvraag telkens complexer en/of minder bekend wordt.”

De Adviescommissie Lijst Beroepsziekten adviseert het ministerie van SZW welke beroepsziekten erkenning zouden moeten krijgen. In die commissie zijn de vijf Lexces-partners vertegenwoordigd. “Wat mij betreft zetten we vaart achter uitbreiding van de lijst”, zegt Van Snippenburg, “maar daar is nog veel werk voor nodig. Het begin is er!”

TSB-regeling

(oud)Werknemers die door blootstelling aan gevaarlijke stoffen, longkanker door silica of asbest, CSE, silicose, neus(bijholte)kanker of allergisch beroepsastma, hebben opgelopen kunnen in aanmerking komen voor de zogeheten Tegemoetkoming Stoffengerelateerde Beroepsziekten (TSB) van de overheid. Dat is een eenmalige uitkering van € 25.679,- (2025). Artsen kunnen bij vermoeden van een beroepsziekte patiënten attenderen op het Instituut Slachtoffers Beroepsziekten door Gevaarlijke stoffen (www.isbg.nl en www.tsb-regeling.nl). Het ISBG begeleidt (oud)werknemers in alle stappen van de aanvraag. Zie ook het filmpje over de TSB-regeling.

Managing Pulmonary Embolism From the Acute Episode to Chronic Complications

Samenvatting proefschrift Dieuwke Luijten

Universiteit Leden, 5 september 2025

Promotores: Prof. dr. F. A. Klok, prof. dr. M.V. Huisman

Copromotor: Dr. M. K. Ninaber



Longembolieën kennen een breed klinisch spectrum: van levensbedreigende obstructieve shock tot een toevallsbevinding op een CT-scan die om een andere reden is aangevraagd. Hoewel behandeling meestal uit anticoagulantia bestaat, spelen ook andere aspecten een rol in zowel de acute fase als tijdens follow-up.

Dit proefschrift beschrijft studies gericht op het verbeteren van de behandeling van patiënten met longembolie in beide fasen. Het eerste deel richt zich op de acute fase. In een Individuele Patiënt Data Meta-Analyse (IPDMA) zijn gegevens uit eerdere studies gecombineerd om de veiligheid van thuisbehandeling in specifieke subgroepen te evalueren. Onder 2.694 patiënten, geselecteerd met een beslisinstrument, waren sterfte- en complicatiecijfers binnen 14 dagen laag (0,11% en 0,56%). Kankerpatiënten hadden een 3-5 keer hogere incidentie van nadelige uitkomsten, maar de sterfte bleef laag (0,46%) en was vaak gerelateerd aan de onderliggende maligniteit. Bij ouderen toonde de IPDMA aan dat leeftijd op zichzelf geen verhoogd risico op sterfte vormt. Dit werd ondersteund door een retrospectieve studie (hoofdstuk 4), waarin 25% van de 70-plussers veilig thuis behandeld kon worden geselecteerd op basis van negatieve Hestia-criteria. Hestia lijkt efficiënter in selectie voor thuisbehandeling dan de sPESI-score waarin een leeftijdscriterium is opgenomen.

Het tweede deel richt zich op chronische complicaties. Tot 50% van de patiënten ervaart aanhoudende klachten ondanks adequate anticoagulantie. Dit onvolledig herstel wordt ook wel het post-longembolie-syndroom (PPES) genoemd. Hoofdstuk 5 biedt een overzicht van definitie, kenmerken, diagnostiek en behandeling van PPES. In hoofdstuk 6 werd de veiligheid en fysiologische reactie op inspanning 2-4 weken na diagnose onderzocht bij 100 patiënten middels cardiopulmonale inspanningstests. Ondanks de intensieve inspanning traden geen complicaties op. Hoewel alle patiënten nog dyspnoe hadden, had 1 op de 7 een goede cardiopulmonale reserve, wat wijst op een multifactoriële oorzaak van dyspnoe. Verder onderzoek naar oorzaken van post-PE klachten en de rol van vroege inspanning is nodig.

CTEPH is de ernstigste vorm van PPES, waarbij chronische stolsels leiden tot verhoogde pulmonale druk en rechterventrikelfalen. Een systematische review (hoofdstuk 7) toont dat 2,7% van longembolie-overlevenden uiteindelijk CTEPH ontwikkelt.

In de volgende hoofdstukken werden diagnostische algoritmes en kosteneffectiviteit onderzocht. Hoofdstuk 8 evalueert het gebruik van vector-ECG voor CTEPH-detectie, maar dit leverde geen diagnostische meerwaarde op.

CT-scans gemaakt voor acute longembolie kunnen mogelijk ook helpen bij CTEPH-detectie. Bepaalde kenmerken op deze scans zijn sterk voorspellend voor latere CTEPH, passend bij het acute-op-chronische principe. In hoofdstuk 9 zijn 12 hypothetische algoritmes ontwikkeld met gedetailleerde CT-beoordeling. Het best presterende algoritme was het InShape IV-algoritme, dat echocardiografie alleen adviseert bij patiënten met (1) $\geq 3/6$ tekenen van chronische ziekte op de index-CT of (2) symptomen én tekenen van rechterventrikeloverbelasting op ECG of afwijkende NT-proBNP. Bij overige patiënten kan CTEPH veilig worden uitgesloten zonder verdere echocardiografie ondanks persisterende klachten.

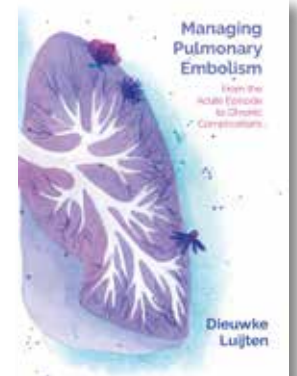
Hoofdstuk 10 evalueerde de kosteneffectiviteit van 11 opvolgalgoritmes en een scenario zonder toegewijd algoritme. Structurele toepassing van een opvolgalgoritme bleek kosteneffectiever dan niet-structurele. Het InShape IV-algoritme was het meest kosteneffectief. We adviseren om in elk ziekenhuis een CTEPH-opvolgalgoritme te integreren, waarbij de keuze afhangt van lokale zorgstructuren; bij gebrek aan voorkeur lijkt InShape IV kostentechnisch optimaal.

In hoofdstuk 11 werd onderzocht waarom sommige patiënten niet volledig herstellen na een acute longembolie. Deze meta-analyse toont dat 34% persisterende perfusiedefecten had, waarvan 48% klachten rapporteerde. De associatie tussen defecten en klachten was matig (OR 2,2). Causaliteit bleef onzeker, mede doordat ook patiënten zonder defecten symptomen hadden. Er werd geen verband gevonden met hemodynamiek. Deze bevindingen ondersteunen het advies om geen routinematige follow-up beeldvorming te verrichten zonder aanwijzingen voor CTEPH of CTEPD.

Tot slot evalueerde hoofdstuk 12 de waarde van vector-ECG in het opsporen van residueel PH na PEA in CTEPH-patiënten.

Aanhoudende rechterventrikelfhypertrofie en elektrische modulatie na operatie bemoeilijken interpretatie, waardoor vector-ECG in deze context beperkt bruikbaar is.

Samenvattend beschrijft dit proefschrift optimalisatie van de behandeling van acute longembolie en detectie van chronische complicaties. De resultaten bieden handvatten voor verbeterde zorg. Toekomstig onderzoek moet zich richten op preventie van PPES en de rol van inspanning in herstel.



Advances in personalized medicine for lung cancer

Samenvatting proefschrift Birgitta Hiddinga

Rijksuniversiteit Groningen, 15 mei 2025

Promotores: Prof. dr. D.J. Slebos, prof. dr. JP. Van Meerbeeck

Dit proefschrift is een pleidooi voor het opsporen en gebruiken van biomarkers om behandeling voor longkankerpatiënten te verbeteren, de ontwikkeling ervan te versnellen vanwege de duidelijke voordelen voor patiënt en arts, en om inzet van overbodige therapie of behandeling te kunnen voorkomen.

Neuroendocriene tumoren en neuroendocriene carcinomen
Het eerste deel van het proefschrift gaat over de zeldzame en moeilijk te behandelen neuro-endocriene tumoren (NETs) (typisch en atypisch carcinoid) en neuro-endocriene carcinomen (NECs) (kleincellig longcarcinoom SCLC en grootcellig neuroendocrien carcinoom LCNEC). Deze ziektebeelden hebben nog nauwelijks geprofiteerd van alle nieuwe methoden om de celbiologie en de ontrafeling van het genoom beter in kaart te brengen. Medicatie wordt toegediend ongeacht selectie op basis van tumorbiologie of patiëntkarakteristieken. In dit tijdperk waarin steeds meer behandelopties beschikbaar komen, zoals immuuntherapie, is het noodzakelijk de methoden te verbeteren die helpen selecteren om patiënten optimale therapie voor te schrijven. Het toedienen van medicatie die voor een andere indicatie werd geregistreerd, is een andere mogelijkheid die onderzocht moet worden.

Voor kleincellig longcarcinoom (SCLC) beschreven we drie belangrijke richtingen om patiënten beter te stratificeren voor specifieke therapieën en om de heterogeniteit van tumoren te overwinnen. De classificatie van SCLC in vier moleculaire subgroepen was de eerste stap. De tweede benadering kan liggen in het toepassen van combinatietherapie in plaats van monotherapie. Ten derde zouden nieuwe methoden voor medicijnafgifte in de tumorcellen of in de nabijheid van de tumorcellen moeten helpen om deze doelgericht aan te pakken en tegelijkertijd gezonde cellen te sparen.

Uit de retrospectieve analyse naar MGMT-promoter methylatie in weefselmonsters van 75 patiënten met NETs en NECs bleek dat routinematig testen op MGMT een promotor hypermethylatie zal detecteren bij een aanzienlijke minderheid van patiënten die in aanmerking zou kunnen komen voor een gerichte behandeling met temozolomide. In dezelfde weefsels bepaalden we ALK-expressie. We concludeerden dat ALK-expressie niet geassocieerd is met een ALK-fusie. ALK-expressie in NET en NEC weerspiegelt de oorsprong van de tumor, de neurale lijst, en heeft geen klinische consequenties, dus hoeft niet te worden getest in NET en NEC.

NSCLC met een K-ras mutatie

In het tweede deel van het proefschrift onderzochten we of biomarkers kunnen helpen om de therapie te evalueren om vroegtijdige progressie op een minimaal invasieve manier op

te sporen. Hiervoor onderzochten we circulerend tumor-DNA in het bloed en het darmmicrobioom van patiënten met een KRAS-gemuteerd NSCLC die werden behandeld met immuuntherapie.

CtDNA-dynamiek in combinatie met PD-L1-status is een veelbelovende, kosteneffectieve benadering om een langdurig effect, progressievrije en totale overleving, te monitoren bij patiënten met gevorderd NSCLC die worden behandeld met immuuntherapie. Het meten in de bloedsomloop van een enkele, van een tumor afkomstige moleculaire afwijking, verbetert de vroege herkenning van een aanhoudend klinisch effect en kan helpen bij het nemen van behandelbeslissingen. Bij onderzoek naar het darmmicrobioom vonden we stammen (taxonomische rangen) en routes die verband houden met de respons op immuuntherapie en immuungerelateerde bijwerkingen in een cohort patiënten met NSCLC. We vonden een overlap in microbiële kenmerken van respons en behandelresistentie bij een cohort melanoompatiënten, wat duidt op gedeelde signalen tussen verschillende tumortypen. Het darmmicrobioom weerspiegelt mogelijk algemene mechanismen en kenmerken van het microbioom en lijkt daarmee tumoronafhankelijk.

Weefsel

Als laatste rapporteerden de resultaten van – NAVIGATOR –, een monocentrum, prospectieve, observationele studie uitgevoerd bij patiënten die een virtuele bronchoscopie-navigatie (VBN) procedure ondergingen om een longnodule te beoordelen. De diagnostische opbrengst was 77% en bleek afhankelijk van de afmeting van de nodule en de gekozen route. Complicaties waren zeldzaam en beheersbaar. Bij tweederde van de patiëntenpopulatie konden we het behandelplan aanpassen naar een meer gerichte behandeling.

Concluderend hebben we met de huidige biomarkers nog niet genoeg aanknopingspunten om de patiënt een volledig gepersonaliseerde behandeling te geven. Nieuwe medicatie voor SCLC en LCNEC is in opkomst, hopelijk met een beter resultaat en milde toxiciteit. Studies die ontwikkeld worden zullen een biomarkerprotocol als basis moeten hebben, zodat er een betere patiëntselectie plaatsvindt. Hiermee kan een goed medicijn de weg vinden naar de kliniek en daarmee echt een verschil maken.

De volledige proefschriften kunt u downloaden op de website van de NVALT www.nvalt.nl/wetenschap/proefschriften



Vaccinaties voor chronische longpatiënten

Nieuwe leidraad biedt overzicht

In Nederland is er een grote groep van patiënten met chronische longziekten, zoals COPD en astma. Op dit moment krijgen deze patiënten programmatisch griep-, pneumokokken- en COVID-19-vaccinaties, afhankelijk van hun leeftijd. Er zijn echter meer vaccinaties die mogelijk zinvol zijn voor deze doelgroep. Op initiatief van de Long Alliantie Nederland (LAN) en de NVALT is er nu een leidraad opgesteld om op basis van actuele wetenschap en internationale richtlijnen systematisch te beoordelen welke aanvullende vaccinaties relevant zijn voor volwassenen met chronische longziekten. In dit artikel gaan longarts Dr. Susanne Huijts en apotheker Dr. Simon van der Pol in op het proces en een aantal belangrijke overwegingen om tot een leidraad te komen voor een breed klinisch publiek en relevant voor patiënten.

De leidraad, waarvan de belangrijkste adviezen zijn weergegeven in de tabel, geeft adviezen over vaccinaties tegen griep, COVID-19, pneumokokken en RSV en is van toepassing op volwassen patiënten met chronische longziekten. Hieronder vallen onder andere mensen met: astma, COPD, interstitiële longaandoeningen, en andere chronische longziekten. Kinderen zijn uitgesloten van deze leidraad. Het is uiteindelijk de behandelend arts (huisarts of longarts) die in de praktijk bepaalt of een patiënt onder de doelgroep valt, mede op basis van de ernst van de aandoening. Voor stabiele patiënten met bijvoorbeeld mild astma en alleen zo nodig medicatiegebruik, zijn de adviezen minder van toepassing.

Proces en werkwijze: hoe kwam de leidraad tot stand?

De leidraad is ontwikkeld in samenwerking met een multidisciplinaire werkgroep, waaronder longartsen, huisartsen, een internist-infectioloog, een apotheker, en vertegenwoordigers van Longfonds en de Long Alliantie Nederland. Dr. Susanne Huijts was voorzitter van de werkgroep. Penvoerder was Dr. Simon van der Pol, die met zijn team bij Health-Ecore het achtergrondonderzoek deed en de leidraad heeft geschreven. Health-Ecore is een onafhankelijke advies- en onderzoeksorganisatie die zich inzet voor duurzame innovatie in de gezondheidszorg met uitgebreide expertise op het gebied van vaccinaties. Dit project wordt mogelijk gemaakt door financiële steun van de International Respiratory Coalition (IRC) en het Steunfonds Long Alliantie Nederland. De Long Alliantie waarborgt hierbij volledig de objectiviteit en onafhankelijkheid van het onderzoek.

Het proces zag er als volgt uit:

1. Voorbereiding en vaststelling van de scope: op basis van bestaande richtlijnen en marktinformatie zijn relevante vaccinaties gekozen die mogelijk geschikt zijn voor de doelgroep. Voor verdere beoordeling zijn vaccins tegen influenza, COVID-19, pneumokokken, Haemophilus influenzae, RSV, kinkhoest en Groep-B streptokokken geselecteerd.
2. Systematische literatuurreview: Health-Ecore voerde na afstemming met de werkgroep een uitgebreide literatuurreview uit gericht op wetenschappelijke bewijs over vaccinaties bij patiënten met chronische longziekten.



Simon van der Pol



Susanne Huijts

Belangrijkste adviezen uit de leidraad vaccinaties

Vaccinatie	Patiënten met chronische longziekte* tussen de 18 en 59 jaar	Patiënten met chronische longziekte* van 60 jaar en ouder
Griep	Griepvaccinatie wordt geadviseerd voor alle patiënten met chronische longziekten binnen het Nationaal Programma Grieppreventie, conform het advies van de Gezondheidsraad (1). Deze patiënten zullen jaarlijks een uitnodiging ontvangen van hun huisarts.	
COVID-19	COVID-19-vaccinatie wordt geadviseerd aan patiënten van 50 – 59 jaar. Patiënten onder de 50 kunnen in overleg met hun behandelend arts in aanmerking komen voor een vaccinatie. In aanmerking komende patiënten kunnen in het najaar een afspraak maken bij de GGD. Dit advies wordt jaarlijks herzien door de Gezondheidsraad.	COVID-19-vaccinatie wordt geadviseerd en patiënten van 60 jaar en ouder worden uitgenodigd door de GGD voor de campagne in het najaar. Dit advies wordt jaarlijks herzien door de Gezondheidsraad.
Pneumokokken	PCV20 of hoger wordt geadviseerd.	PCV20 wordt geadviseerd, zoals geïmplementeerd binnen het Nationaal Programma Pneumokokkenvaccinatie Volwassenen (vanaf najaar 2025)
RSV	In beginsel wordt het risico op een ernstig beloop van een RSV-infectie bij volwassen patiënten jonger dan 60 jaar als klein ingeschat, RSV-vaccinatie bij patiënten van 50-59 jaar kan overwogen worden bij patiënten met ernstige longaandoeningen op basis van het oordeel van de zorgverlener. Op dit moment wordt dit vaccin niet vergoed, dus patiënten zouden hier zelf voor moeten betalen.	Vaccinatie wordt geadviseerd. Op dit moment wordt dit vaccin niet vergoed, dus patiënten zouden hier zelf voor moeten betalen.

3. Input verzamelen en bespreken:

data over ziektelast, incidentie en ziekenhuisopnames werd verzameld uit diverse bronnen zoals CBS, RIVM en internationale studies. Vervolgens is deze informatie in de multidisciplinaire werkgroep besproken. Op basis hiervan werd de relevantie voor longpatiënten beoordeeld.

4. Formuleren van conceptadviezen en consensus:

op basis van de systematische literatuur review en aanvullende data over ziektelast, incidentie en ziekenhuisopnames formuleerde de werkgroep conceptadviezen. Daarbij werd expliciet aandacht besteed aan het combineren van wetenschappelijk bewijs en 'expert opinion', omdat niet voor elke specifieke patiëntengroep harde data beschikbaar zijn. De conceptadviezen werden besproken totdat consensus was bereikt over de aanbevelingen per vaccinatie.

5. Toetsing en vaststelling:

de eerste versie van de leidraad werd opgesteld door Health-Ecore, met input van de werkgroep. Vervolgens legde men de leidraad voor aan relevante beroepsgroepen en het Longfonds. Het gehele proces, van de start in maart 2024 tot aan de vaststelling in augustus 2025, nam 17 maanden in beslag.

Het wegen van het wetenschappelijke bewijs voor chronische longpatiënten

In de literatuurreview, uitgevoerd specifiek voor chronische longpatiënten, kwam naar voren dat de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs specifiek voor vaccinatie bij chronische longziekten over het algemeen laag is. Hierbij werden influenza en COVID-19- vaccinatie buiten beschouwing gelaten, omdat deze vaccinaties al zijn geïmplementeerd in Nederland. Natuurlijk

is er meer bewijs voor vaccinaties in de algemene populatie en is dit bewijs over het algemeen van hogere kwaliteit. Tijdens het proces moest er daarom een afweging worden gemaakt in hoeverre het bewijs in de algemene populatie van toepassing is op de populatie van chronische longpatiënten. In het geval van vaccinaties die beschermen tegen luchtwegaandoeningen, is er sprake van een hogere medische noodzaak bij chronische longpatiënten, omdat zij relatief vaker in het ziekenhuis worden opgenomen bij bijvoorbeeld een exacerbatie. Juist voor de meest kwetsbare patiënten is er de grootste waarde om hen te beschermen tegen infectieziekten, maar dit zijn de patiënten die vaak niet in een klinische trial zijn vertegenwoordigd. Naast gegevens uit gerandomiseerde studies, leveren observatieve studies waardevolle informatie over de effectiviteit van vaccinaties in de dagelijkse praktijk. Hoewel observatieve studies door mogelijke bias doorgaans als minder zeker worden beschouwd dan gerandomiseerde studies, kunnen ze toch belangrijke inzichten bieden. Deze bredere basis van wetenschappelijk bewijs is essentieel om het nut van vaccinaties bij complexe patiëntengroepen goed te onderbouwen. Tijdens het proces van het opstellen van de leidraad is bewijs meegewogen voor de algemene populatie, de specifieke doelgroep van chronische longpatiënten, en de verwachte ziektelast bij deze groep van patiënten met een hoger risico. Op basis van expert opinie is hier uiteindelijk een consensus uitgekomen over welke vaccinaties geadviseerd worden, zie de bijgevoegde tabel. Naast het programmatisch aanbod, wordt aanvullend het advies gegeven om patiënten met chronische longziekten <60 jaar te vaccineren tegen pneumokokken en >60 jaar wordt het RSV-vaccin geadviseerd.

Implementatie in een niet-bestaand stelsel voor vaccineren

Naast het Rijksvaccinatieprogramma voor kinderen, is er in Nederland geen sprake van een eenduidig stelsel voor vaccinaties voor volwassenen. Een aantal vaccinaties wordt programmatisch aangeboden: griep- en pneumokokkenvaccinaties via de huisarts en COVID-19-vaccinaties via de GGD. Daarnaast worden in het ziekenhuis vaccinaties geadviseerd aan specifieke patiëntengroepen zoals immuungecompromitteerden. Voor deze aanvullende vaccinaties buiten het reguliere programma, bestaat geen kant-en-klaar advies over de implementatie. Ook voor de aanvullende vaccinaties zoals geadviseerd in deze leidraad, is er geen eenduidige afspraak over implementatie. Een patiënt kan dit vaccin in het ziekenhuis krijgen, via de huisarts of via de GGD. Dat zal verschillen van patiënt tot patiënt en hier zijn mogelijk regionaal verschillende afspraken over gemaakt of te maken. Vaccinaties, buiten het programmatisch aanbod, behoren niet tot de basiszorg die geleverd wordt door de huisarts. Vaccinaties in de ziekenhuissetting vereisen strakke afspraken met zorgverzekeraars. En de GGD kan vaccinatiezorg niet declareren, terwijl dit een hele logische plek zou zijn om patiënten naar te verwijzen. Daarnaast is voor sommige vaccinaties überhaupt geen vergoeding beschikbaar, zoals momenteel het geval is voor

RSV. Zowel het Zorginstituut als de Gezondheidsraad hebben hierover het afgelopen jaar negatief geadviseerd, waardoor RSV-vaccinatie in Nederland nu niet wordt vergoed, in tegenstelling tot bijvoorbeeld België, Denemarken en Duitsland.

De leidraad voor chronische longpatiënten is uniek in Nederland in de focus, geformuleerde adviezen en brede support vanuit interdisciplinaire beroepsgroepen. Het wegnemen van barrières in de implementatie van deze adviezen zou een belangrijk speerpunt moeten zijn om de publieke gezondheid te verbeteren en medische zorg te ontlasten. Hiervoor is een gestroomlijnd vaccinatiestelsel van groot belang, waarin zowel programmatisch als individueel aanbod een plek heeft.

Slotbeschouwing

De leidraad biedt longartsen en andere behandelaars een wetenschappelijk onderbouwd en breed gedragen advies over vaccinatie bij volwassenen met een chronische longziekte. Patiënten krijgen hierdoor een consistent verhaal, of dat nu komt van de longarts of de huisarts. Ook is er door de LAN materiaal ontwikkeld in samenwerking met Longfonds om patiënten direct te informeren over welke vaccinaties van belang zijn. Dit alles moet bijdragen aan het uiteindelijke doel: een betere bescherming van een kwetsbare patiëntenpopulatie tegen ernstige luchtweginfecties en een hogere vaccinatiegraad.

Kom naar Nieuwspoort en praat mee!

Op donderdag 25 september wordt de leidraad officieel gelanceerd door de Long Alliantie Nederland in Nieuwspoort, Den Haag. Er komt een breed veld van stakeholders bijeen om deze ontwikkeling gezamenlijk te markeren, perspectieven te delen en het gesprek te voeren zodat we gezamenlijk de longzorg een stap verder brengen. Het rapport wordt vervolgens overhandigd aan Barbara Goezinne, directeur-generaal Curatieve Zorg bij VWS. De leidraad is daarna beschikbaar via de website longvaccinaties.nl.

Er zijn nog enkele plaatsen vrij. Scan de QR-code en meld je aan!



Antwoord WIDD van pagina 15

Swimming-induced pulmonary edema (SIPE)

SIPE, ook wel immersion pulmonary edema genoemd, is een vorm van niet-cardiogeen longoedeem. Het mechanisme is nog niet volledig begrepen, maar vermoedelijk ontstaat het door falen van de longcapillairen onder stress. Deze stress wordt veroorzaakt door een centrale herverdeling van het bloed en de daaruit voortvloeiende verhoogde pulmonale vaatdruk.

De aandoening komt regelmatig voor bij jonge, gezonde atleten, vaak zwemmers of triatleten, bij wie mogelijk sprake is van een genetische aanleg, aangezien recidief veelvuldig voorkomt. SIPE kan echter ook optreden bij oudere duikers met onderliggende cardiopulmonale risicofactoren, zoals hypertensie, ischemische hartziekte of cardiomyopathie.

In deze casus heeft een infectie met het rhinovirus mogelijk bijgedragen aan de predispositie voor het ontwikkelen van SIPE. In een studie onder 1048 SEAL-teamkandidaten kregen 45 deelnemers de diagnose SIPE, van wie 80% positief testte op een viraal respiratoir panel via een neus-keeluitstrijk. De patiënt in deze casus herstelde snel en is van plan om volgend jaar opnieuw deel te nemen.

Voor de oplettende lezer: deze casus is september 2023 al eens via de mail verstuurd.



Het ritme van je longen

Sarah van Oord

In 'Het ritme van je longen' benadert longarts Sarah van Oord astma als een complexe legpuzzel waarvan de stukjes voor elke persoon op een unieke manier in elkaar moeten passen. Met dit boek wil zij meer inzicht geven in de oorzaken en gevolgen van astma en praktische handvatten bieden om de klachten te verminderen en de kwaliteit van leven te verbeteren. Voor PulmoScript vroegen we haar naar haar drijfveren, het schrijfproces en wat ze met haar boek hoopt te bereiken.

Wat was voor jou de aanleiding om dit boek te schrijven?

De aanleiding voor het schrijven was eigenlijk een samenkomst van twee punten. Enerzijds merkte ik in de spreekkamer vaak dat je bezig bent met uitleg over het fenotype astma en de medicatie en dat er weinig tijd overblijft voor praktische tips en adviezen. Je geeft er wel wat mee, maar aan het totale aanbod aan tips kom je natuurlijk niet toe. Anderzijds raakte ik in gesprek met de uitgever over een boek 'Migraine is geen hoofdpijn' dat door veel mensen met migraine wordt gelezen. Astma komt natuurlijk ook heel veel voor in de algehele bevolking, dus zodoende besloten mijn uitgever en ik dat dit ook een geschikt onderwerp zou zijn.

Was er een specifiek moment of ervaring waardoor je dacht: dit verhaal moet breder gedeeld worden?

In 2017 heb ik een stage gelopen in het Nederlands Astmacentrum Davos. Wat me daarvan is bijgebleven waren educatiemomenten voor patiënten. In kleine groepen kregen de patiënten uitleg van de arts over de werking van de longen en wat astma nou eigenlijk is. Ik denk dat veel patiënten op de polikliniek daar ook baat bij zouden hebben. Het is praktisch niet haalbaar om alle patiënten met astma die door de huisarts worden doorverwezen voor educatie en uitleg naar de longverpleegkundige te sturen. Als alternatief is er nu dit boek.

Voor wie heb je het boek in eerste instantie geschreven?

Het boek heb ik geschreven voor mensen met astma, of geïnteresseerden die wellicht iemand in de omgeving hebben met astma. Werkgevers voor mensen met astma kunnen er denk ik ook veel uit leren.

Wat hoop je dat lezers, patiënten, naasten of zorgverleners eruit meenemen?

Ik hoop dat mensen inzien dat naast een arts bezoeken er ook een hele wereld bestaat waarin je zelf aan de slag kunt

met astma en de regie kan nemen in leefstijl, juist gebruik van medicatie, vermijden van prikkels, reduceren van stress, etc.

Je werkt al jaren in een gespecialiseerd astmacentrum. Hoe hebben die ervaringen jouw visie op de omgang met (ernstig) astma gevormd?

Door de gesprekken met mijn patiënten heb ik geleerd hoeveel impact astma op iemands leven kan hebben. Bijvoorbeeld patiënten die zich uit sociale situaties terugtrekken uit angst voor prikkels en benauwdheid. Ik probeer dan ook altijd verder te kijken en niet alleen naar de gebruikelijke klachten te vragen, maar me ook te richten op de impact die het heeft op iemands leven. Astma treft mensen van alle leeftijden, sociale en culturele achtergronden die elk op hun eigen manier omgaan met hun ziekte. Ik heb geleerd dat de vertrouwensband met hun longarts voor veel mensen met ernstig of moeilijk behandelbaar astma erg belangrijk is.

In hoeverre zijn die ervaringen terug te vinden in het boek?

Soms krijg je van patiënten hele goede tips, zoals recent een patiënt die aangaf te benauwd te raken van de prikkels van koken in de keuken. Ik vroeg hoe hij dan elke avond zijn eten klaar maakte. Dat deed hij in een airfryer, dit geeft veel minder



fijnstof in huis en waardoor hij ook minder symptomen had. Dit vind ik nou een hele goede tip, waarvan ik denk dat meer mensen hier baat van kunnen hebben.

De titel 'Het ritme van je longen' roept direct een bepaalde gevoelswereld op. Wat betekent die titel voor jou persoonlijk?

Mijn echtgenoot is literatuurwetenschapper en gezegend met een groot taalgevoel. Hij kwam met deze titel en dat klopte gelijk. Als je erover nadenkt, dan is eigenlijk de vraag bij astma: hoe krijg je je longen weer in het juiste ritme?

Je hebt verschillende partijen betrokken bij het schrijfproces, waaronder patiënten en een kaderhuisarts. Waarom vond je dat belangrijk en wat hebben zij toegevoegd aan het eindresultaat?

Aangezien de doelgroep de patiënt is, kan ik dit boek natuurlijk niet publiceren zonder de mening van meerdere mensen met astma. Wij vinden in het HagaZiekenhuis (STZ ernstig astmacentrum) patiëntparticipatie ook erg belangrijk. Uit mijn eigen omgeving maar ook via het Longfonds heb ik mensen met astma bereid gevonden om mee te lezen. Deze feedback is voor mij zeer belangrijk. Het gros van de astmapatiënten is natuurlijk in zorg bij de huisarts, vandaar dat ik het ook essentieel vond om een kaderhuisarts Astma/COPD te betrekken.



Welke inzichten of adviezen in je boek zouden volgens jou ook in de spreekkamer meer aandacht mogen krijgen?

Sowieso het onderwerp intimiteit en seksualiteit. Dat wordt mijns inziens bijna nooit besproken in de spreekkamer, terwijl patiënten daar wel tegenaan lopen. Ik hoop dat het voor zorgverleners en patiënten in de toekomst beter bespreekbaar wordt.

Heeft het schrijven van dit boek ook iets veranderd in hoe jij zelf naar je vak of naar patiënten kijkt?

Als medisch specialist wil je natuurlijk het liefst dat alles wat je voorschrijft evidence based is en het liefst gebaseerd op RCT's. Maar in de praktijk zijn veel onderwerpen ook moeilijk te onderzoeken, zoals het effect van fysiotherapie of dieetaanpassingen. Nu ik wat langer meeloop heb ik ook meer vertrouwen in mijn eigen 'expert opinion'. Bij het schrijven probeer ik natuurlijk naar wetenschappelijke bronnen te verwijzen, echter is niet alles onderzocht wat in de praktijk wel lijkt te werken.

Wat hoop je dat dit boek op langere termijn in beweging zet, binnen en buiten de spreekkamer?

Met de oplopende aantallen patiënten met chronische aandoeningen zoals astma, tekorten aan zorgpersoneel (longfunctieanalisten!), oplopende zorgkosten en wachtlijsten, kan je als patiënt beter zelf zo goed mogelijk geïnformeerd zijn. Er zijn goede websites zoals thuisarts.nl en moetiknaardedokter.nl. Als je op een wachtlijst staat voor een longfunctietest of doktersbezoek, dan kan je in ieder geval zelf aan de slag met de adviezen uit mijn boek. Of als je al onder controle bent bij een longarts, kun je hopelijk minder klachten ervaren en daardoor minder zorg nodig hebben. Zoals met het boek over migraine en dit boek nu over astma, kunnen er wat mij betreft voor nog veel meer chronische ziekten 'handboeken voor de patiënt' worden geschreven.

Met 'Het ritme van je longen' laat Sarah zien dat astma veel meer is dan een klinische diagnose. Het is een aandoening die het leven op veel niveaus beïnvloedt, fysiek, emotioneel en sociaal. Juist door haar medische kennis te combineren met aandacht voor de beleving van patiënten, biedt ze herkenning, uitleg en richting. Voor iedereen die leeft of werkt met astma is dit boek dan ook een waardevolle gids.

Stoptober 2025: als longarts kunt u het verschil maken

Oktober = Stoptober.

Inmiddels is deze jaarlijkse campagne stevig ingeburgerd als het moment om rokers te stimuleren om de stap naar een rookvrij leven te zetten. Niet alleen vanwege de kracht van het collectief, samen stoppen werkt, maar ook omdat het effect van 28 dagen stoppen groot is: veel deelnemers ervaren al na een paar weken meer lucht, een betere conditie en hoesten minder. Als longarts weet u als geen ander hoe groot de gezondheidswinst kan zijn, maar draagt u daar ook actief aan bij? Stoptober biedt elk jaar weer een uitgelezen kans om het verschil te maken, zowel in de spreekkamer als daarbuiten.

28 dagen stoppen: een bewezen aanpak

Stoptober is gebaseerd op een eenvoudig en krachtig principe: 28 dagen stoppen met roken, samen met honderdduizenden anderen. Uit onderzoek blijkt dat wie 28 dagen volhoudt, veel meer kans heeft om blijvend te stoppen. Gedurende de maand oktober worden deelnemers ondersteund via de gratis Stoptober-app, dagelijkse motivatie, tips en een laagdrempelig, positief geluid. Niet veroordelend, maar aanmoedigend. Daarmee sluit het concept goed aan op de evidence-based benadering van rookstopbegeleiding: begeleiding, structuur en herhaling.

De Stoptober-campagne heeft de afgelopen 10 jaar miljoenen mensen bereikt, met elk jaar opnieuw tienduizenden deelnemers. In 2024 meldde 70% van hen na 28 dagen nog steeds gestopt te zijn. Deze maand is dus niet zomaar symbolisch, het is een bewezen moment van gedragsverandering.

Medisch en maatschappelijk betrokken

Voor longartsen ligt er in deze campagne een duidelijke verantwoordelijkheid. Die verantwoordelijkheid reikt verder dan het uitspreken van intenties. In de spreekkamer kunnen patiënten met eenvoudige middelen, zoals het Very Brief Advice, gemotiveerd worden te stoppen met roken. Maar ook daarbuiten is veel mogelijk: via onderwijs, voorlichting en door samenwerking met eerstelijnszorg en lokale initiatieven. Stoptober biedt een krachtig aanknopingspunt. Patiënten staan in oktober over het algemeen meer open voor het onderwerp. Zorgprofessionals kunnen gebruikmaken van het uitgebreide ondersteuningsmateriaal op de website ikstopnu.nl van het Trimbos-instituut waar onder andere flyers, gesprekskaarten, scholingen en doorverwijstools te vinden zijn.

Inspiratie uit het land: initiatieven uit 2024

De NVALT zette in 2024 elke week een ziekenhuis in de schijnwerpers via een extra Stoptober-nieuwsbrief. Deze initiatieven tonen hoe breed en divers er invulling gegeven kan worden aan de campagne:

HagaZiekenhuis

Op beide locaties van het HagaZiekenhuis (Den Haag en Zoetermeer) werd Stoptober onder de aandacht gebracht

via banners, wachtkamerschermen en online communicatie. Zowel patiënten als medewerkers en bezoekers werden aangespoord om mee te doen. Praktische tips verschenen op de website en via social media. De longartsen benadrukten dat deze landelijke campagne krachtig werkt: “Na 28 dagen merken veel deelnemers al voordelen: meer lucht, meer energie, verbeterde reuk en smaak. Het rokershoestje kan als sneeuw voor de zon verdwenen zijn.”

St. Jans Gasthuis

In Weert richtte longarts Linda van Eijsden zich op jongeren. Als sinds 2023 krijgen groep 8-leerlingen van haar interactieve voorlichting over roken en vaperen. Tijdens sessies met 50 tot 60 kinderen wordt besproken waarom het beter is er nooit aan te beginnen. De presentaties, met stemrondes en feiten, werden enthousiast ontvangen. Ook ouders en leerkrachten waren vaak betrokken. “Het beste is: nooit mee beginnen,” aldus Linda.

Isala

Isala gebruikte Stoptober om een nieuwe werkwijze te lanceren. Stoppen-met-roken consulenten zijn voortaan beschikbaar voor laagdrempelige verwijzing. Ook worden patiënten tijdens consulten actief benaderd met de Very Brief

**DOE OOK
MEE MET
STOPTOBER
DOWNLOAD DE
GRATIS APP.**

Stoppen met roken is een topprestatie.
Dat verdient alle support. Wij zijn er voor je.
Op de makkelijke en de moeilijke momenten.

Ga naar stoptober.nl

STOPTOBER

Of scan de QR-code

The image shows a promotional banner for the Stoptober app. It features a dark orange background with white and blue text. At the top, it says 'DOE OOK MEE MET STOPTOBER' in large white letters, followed by 'DOWNLOAD DE GRATIS APP.' in blue. Below this, there is a smaller line of text: 'Stoppen met roken is een topprestatie. Dat verdient alle support. Wij zijn er voor je. Op de makkelijke en de moeilijke momenten.' Underneath that, it says 'Ga naar stoptober.nl'. At the bottom, there is a graphic of a smartphone displaying the Stoptober logo and a QR code. Below the QR code, it says 'Of scan de QR-code'.

Advice-methodiek. Intern werd deze aanpak ondersteund met een campagne voor zorgverleners. Eind september bezocht de Ikstopnu-bus het ziekenhuis, gekoppeld aan een publiekscampagne over de invloed van roken op postoperatief herstel.

UMCG

In Groningen gaven longartsen en AIOS rookstopadvies aan rokers in de directe omgeving van het ziekenhuis. Daarnaast werden collega-zorgverleners geïnformeerd via een stand bij het personeelsrestaurant, in samenwerking met de longverpleegkundige. Ook verzorgden collega's gastlessen op basisscholen over de risico's van vaperen, met gebruik van het programma #vaperjouwkeuze.

Rode Kruis Ziekenhuis

Het Rode Kruis Ziekenhuis heeft een rookstoppoli die al 15 jaar mensen begeleidt bij het stoppen, zowel individueel, in groepen als digitaal. Tijdens Stoptober waren de coaches aanwezig bij de landelijke aftrap en boden zij ondersteuning in samenwerking met de campagne. In 2024 ontwikkelde het ziekenhuis samen met Josine Quispel-Janssen een online keuzehulp om de juiste vorm van hulp toegankelijker te maken. "Rookstopbegeleiding is life changing," luidt de overtuiging van het team

Wat kan bijdragen in 2025?

De kracht van Stoptober ligt in de gezamenlijke beweging. Onderstaand enkele suggesties die eenvoudig in te zetten zijn:

- Voer het VBA consequent uit bij alle rokende patiënten.
- Organiseer een voorlichtingsmoment of informatiestand voor collega's of patiënten.
- Versterk de samenwerking met rookstopconsulenten, huisartsen of apotheken.
- Benut social media of wachtkamerschermen voor zichtbaarheid.
- Stimuleer rookvrije zorg onder medewerkers.
- Verzorg gastlessen op scholen of in de wijk.

STOPTOBER

Samen sterker

Stoptober laat zien dat stoppen met roken geen individuele strijd hoeft te zijn. Longartsen beschikken over de kennis, de middelen en de positie om patiënten en collega's richting een rookvrij leven te begeleiden. Door actief aan te haken bij deze landelijke campagne kan die impact voelbaar worden. Iedere stap telt en elke longarts kan het verschil maken. Want stoppen met roken verandert levens en dat begint vaak met één goed gesprek.

Om Stoptober zichtbaar en herkenbaar te maken, is er een uitgebreide online toolkit beschikbaar via stoptober.nl. Hier zijn digitale campagnematerialen te vinden, zoals logo's, banners, posters en flyers. Daarnaast biedt trimbos.nl/stoptober aanvullende materialen die helpen bij de organisatie van activiteiten rondom Stoptober. Denk aan een praktisch stappenplan, inspirerende voorbeelden uit andere zorginstellingen en kant-en-klare animaties voor gebruik op sociale media.

Een zichtbare campagne in de eigen organisatie vergroot niet alleen de bekendheid van Stoptober, maar versterkt ook de kans dat mensen daadwerkelijk de stap zetten om te stoppen.

Denk mee voor de Stoptober-nieuwsbrief 2025

Om ook dit jaar in oktober wekelijks een ziekenhuis te kunnen uitlichten, roepen we longartsen op om hun initiatief, campagne of actie rondom Stoptober 2025 met ons te delen. Elk idee telt, of het nu gaat om scholing, patiëntenvoorlichting, een interne campagne, regionale samenwerking of juist iets geheel nieuws uitprobeert, laat het weten!

Stuur de bijdrage, inclusief korte toelichting en een pakkende quote, naar wvlug@nvalt.nl

Kandidaat-leden

Sofie de Hoon
AIOS Longziekten
Zuyderland Medisch Centrum



Joy Kappers-Sealtiel
Physician Assistant
Gelre Ziekenhuizen



Soulaiman Lagzimi
AIOS Longziekten
Franciscus Gasthuis & Vlietland



Jesse Roosen
AIOS Longziekten
Amsterdam UMC



Felicia Tjahjadi
AIOS Longopleiding
Catharina Ziekenhuis



Ruben Vlas
AIOS Interne vooropleiding
Amsterdam UMC



Bart Werkhoven
AIOS Longziekten
Medisch Spectrum Twente



Thomas Zondervan
AIOS Longziekten
Zuyderland Medisch Centrum



Nieuw benoemde longartsen

Diederik van Beuningen, opgeleid in
Jeroen Bosch Ziekenhuis



Amanda van Buul, opgeleid in
LUMC



Sarah Debakker, opgeleid in
Maastricht UMC



Eske Durlinger, opgeleid in
Noordwestziekenhuisgroep



Marloes Geers, opgeleid in
Erasmus MC



Carola Hoek, opgeleid in
OLVG



Denise Kelder, opgeleid in
Jeroen Bosch Ziekenhuis











Senior leden

Ben Venmans
Frisius MC



Enkele belangrijke data

2025

- 25 september De medisch specialist duurzaam inzetbaar, Utrecht
-  27 september Dutch Lung Congress, Amsterdam
- 27 sept - 1 okt ERS, Amsterdam
-  8 oktober Basiscursus Slaap (voor AIOS), Bunnik
-  9 oktober Najaarscongres, Arnhem
-  15 oktober Webinar Longen en werk
- 17 - 21 oktober ESMO, Berlijn
- 18 - 21 oktober ACCP, Minneapolis
- 19 - 22 oktober Chest, Chicago
-  29 - 31 oktober Bomen over COPD, Oosterbeek
- 6 - 7 november Masterclass Allergie, Zwolle
-  13 november Pulmonale Infectieziekten, Rotterdam
- 18 november Masterclass Resistentieproblematiek, Utrecht
-  20 november NVALT-studiedag 2025, Amsterdam
- 20 - 22 november Bronkhorst, Tilburg
-  11 - 12 december Masterclass COPD, Groningen

2026

-  15 - 16 januari Adem en Arbeid, Rotterdam
-  15 - 17 januari Slaapcursus der Lage Landen deel 1 voor Artsen, Antwerpen
- 16 januari Longkanker symposium, Amsterdam
-  26 - 29 januari Winter ILD school, Davos (CH)
-  5 - 7 februari Bronkhorst, Brugge (BE)
- 25 - 28 maart ELCC, Kopenhagen, (DK)
- 15 - 20 mei ATS, Chicago (VS)
- 29 mei - 2 juni ASCO, Chicago (VS)
- 3 - 6 juni ECFS, Lissabon (PT)
- 12 - 15 juni EAACI, Istanbul (TR)
- 5 - 9 september ERS, Barcelona (ES)
- 12 - 15 september WCLC, Seoul (KOR)
-  24 - 25 september Allergie aan Zee
- 17 - 20 oktober ACCP, Salt Lake City (VS)
- 18 - 21 oktober Chest, Phoenix (VS)
- 23 - 27 oktober EMSO, Madrid (ES)
- 3 - 6 december WCBIP, Melbourne (AUS)

Alle geaccrediteerde nascholingen vindt u op de congresagenda van PE-online.

<https://www.pe-online.org/public/index.aspx?pid=73>