

PulmoScript



Jaargang 37 ♦ maart 2026 ♦ 1

- 
- ◆ Eerste NVALT beleidsmiddag
 - ◆ Depressies bij chronische ziekten
 - ◆ Nicotinegebruik legt druk op de acute zorg

Inhoud

Bestuur

Van de voorzitter	5
Van de secretaris	7
NVALT Beleidsmiddag	8
Stichting LINC	10

Commissies en secties

AIOS-bestuur	12
BCO: Herziening Landelijk Opleidingsplan	13
SPZ: Proactieve zorgplanning	14

Rubrieken

Nieuwe hoogleraar: Idris Bahce	16
Nieuwe hoogleraar: Michel van den Heuvel	18
Wat is de diagnose?	20
Opleiding in de kijker: St. Antonius ziekenhuis	21
Jonge klare in de kijker: Vivienne Kahlmann	22
Stage in de etalage: chronische hoest	26

Nascholing

Proefschrift Bente Aalbers	27
Proefschrift Bob Belderbos	28
Proefschrift Emanuel Citgez	29

En verder

Depressie bij COPD	30
Nicotinegebruik legt druk op acute zorg	32
Scholing tuberculose coördinatoren	34
VIDI voor Jurjan Aman	35
Wat is de diagnose? Antwoord	36
Prof. dr. Jules van Bosch Symposium XIV	37
Juridische chatbot Lia	39

Personalia

	40
Congresagenda	43



Colofon

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

Secretariaat NVALT en
Redactie PulmoScript

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



Redactieraad:

Lisette Kunz
Wilma Vlug

Coverfoto:

Hans-Jurgen Mager

Uiterste datum voor insturen kopij

Nr. 2, 10 mei 2026

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

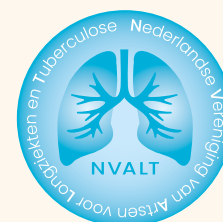
Drukwerk

Drukkerij Boonen, Hamont
www.drukkerijboonen.be

Verzending

Vogelaar, IJsselstein

ISSN 0925-4749



Van de voorzitter

Beleid en beleidsjargon

Ik ben nu een jaar in functie en dat betekent dat ik alle seizoenen van de vereniging gezien heb. De vergaderingen, de congressen, de meetings met beleidsmakers en samenwerkingsverbanden zoals het Zorginstituut, de IGJ, ZonMW, de FMS en de LAN natuurlijk, vrijwel alle secties, andere wetenschappelijke verenigingen, etc. etc. Het was mij daarbij niet ontgaan, dat mensen die een bestuurs- of commissiefunctie hebben, al snel een beetje 'beleidsjargon' gaan praten. Ik heb er eens op gelet en er een beetje studie van gemaakt. Het grappige of eigenlijk het verdrietige is, dat met veel termen helemaal niets specifiek wordt aangeduid; het is veel meer een manier om van een lastig onderwerp af te komen of om even niet al te diep te hoeven nadenken. Het blijft dus zaak om mensen bij de les te houden en dan door te vragen naar wat er eigenlijk bedoeld wordt, of wat nu precies de concrete plannen zijn.

Binnen de NVALT zijn er gelukkig weinig mensen die wollig spreken, maar in andere gremia vind je hele kuddes aan bestuurstypes met meel in de mond. Al verwonderend en bestuderend dacht ik drie categorieën te onderscheiden. Ten eerste de nog wel concrete, maar nogal ouderwetse of zeldzame termen, zoals: implementeren, gremium (zie boven) en quorum.

Ten tweede de beeldspraken, die helaas nogal eens vaag overkomen. Wat dacht u van: uitrollen, wegzetten, aan de vork prikken, laaghangend fruit en co-creatie. Met dat laatste bedoelt men waarschijnlijk iets dat je samen doet.

Ten derde de altijd mondain overkomende Engelse termen en afkortingen, zoals: CEO, stakeholders, CMIO, key user, PI, governance, etc. etc. 'Steakholders' ken ik trouwens wel: bij de barbecue.

Helaas hebben we veel partners hard nodig, dus ik probeer maar niet te veel te lachen om dit soort taal. ZonMW, ZE&GG en Less is More bijvoorbeeld, toch de grootverbruikers van het jargon, zijn belangrijke subsidiegevers. We doen als bestuur, samen met de secties, ons uiterste best de verschillende subsidiemogelijkheden te benutten. Dat lukt helaas niet altijd. Er zijn voor die subsidies helaas zoveel voorwaarden (soms zelfs Kafkaëske voorwaarden), dat een subsidie binnenhalen een soort topsport wordt.

Beleid moet vooral begrijpelijk zijn en dat is wat we in het bestuur proberen te doen. Dat is dus ook één van de drijfveren van onze recente beleidsdag. Ik vond het een succes, met natuurlijk altijd verbetermogelijkheden. Maar veel dank aan alle deelnemers en hun opbouwende feedback. Zie ook het verslag van de beleidsdag van de hand van Ingrid verderop in deze PulmoScript.

Lees trouwens ook het artikel over LINC, onze samenwerking met de Neurologen en de Internisten. Het doel is om gelijksoortige taken, zoals de kwaliteitsvisite,



arbeidsomstandigheden, werkbelevingsscans, etc. gezamenlijk te organiseren: zo is er wat meer volume voor de gezamenlijke medewerkers en kunnen we voor elkaar waarnemen bij ziekte e.d. Ook hier heeft Ingrid veel werk verzet voor de NVALT.

In deze PulmoScript zijn ook twee oraties te lezen, toevallig beide vanuit longoncologische hoek. En er staat wetenschappelijk onderzoek in de spotlights, namelijk van Jurjan Aman (VIDI!) en van Huib Kerstjens. Wetenschap is en blijft een belangrijk fundament van onze vereniging. Het bestuur zoekt dan ook naar een goede manier om de stichting NVALT-studies te versterken en toekomstbestendig te maken.

Ik hoop, na een jaar 'verkenning', dat we elkaar steeds beter kunnen vinden. Ik hoop dat u niet twijfelt om het bestuur te bellen of te mailen wanneer u denkt dat iets beter geregeld kan worden, of als u geniale ideeën heeft. Of iets te melden of te klagen. Daar staan we als bestuur natuurlijk altijd open voor. Ik hoop ook dat we goed om elkaar blijven denken. Ons vak is in deze tijd van het jaar, midden in een Influenza-epidemie, vrij intensief en ik hoor helaas her en der dat er collega's zijn die vervelende of zelfs ernstige aandoeningen hebben

Laten we succes vieren en elkaar steunen in barre tijden.

Met hartelijke groet,

Henk Kramer

Van de secretaris

Een lange neus?

Neushoorns hebben een fascinerend, bijna prehistorisch uiterlijk. Ze lopen dan ook al zo'n 60 miljoen jaar rond op deze planeet. De neushoorns zijn met uitsterven bedreigd door stroperij vanwege hun hoorn. Er leven thans nog 5 soorten neushoorns, 2 soorten in Afrika (de witte en zwarte neushoorn) en 3 soorten in Azië (de Indische, Javaanse en Sumatraanse neushoorn). De witte neushoorn is een grazer en heeft een platte, brede bek. Zoals u waarschijnlijk weet, is hij niet wit. De toevoeging 'wit' berust op een misverstand: de Afrikaners noemden hem 'wyd', naar het Afrikaanse woord voor breed, maar de Engelsen hebben dat vertaald naar 'white'. De zwarte neushoorn eet takjes van struiken en heeft een veel spitsere snuit. Er leven thans naar schatting nog ongeveer 6.000 zwarte en 16.000 witte neushoorns in Afrika. De hoorn bestaat uit keratine, net als haren en nagels. Neushoorns hebben een uitstekende reuk en goed gehoor, maar relatief kleine hersenen. Elke soort kan per dag wel 100 liter drinken en tientallen kilo's eten. Neushoorns zijn na de olifant het grootste landdier. De witte neushoorn wordt groter dan de zwarte neushoorn en zijn Aziatische soortgenoten: hij kan 4 meter lang worden en een gewicht van 3.600 kg bereiken. Aan de hoorn van de neushoorn worden (helaas) magische en genezende krachten toegekend in Aziatische landen, met name in China en Vietnam. Het is een traditioneel middel tegen koorts, reuma, jicht en convulsies. Anders dan vaak wordt beweerd, wordt de hoorn niet gebruikt als potentie verhogend middel. De hoorn is op de zwarte markt naar schatting 50.000 Euro per kilo waard en om die reden nam de stroperij rond 2010 enorm toe (tot meer dan 1.000 per jaar). De laatste jaren is het aantal gestropte dieren afgenomen, niet alleen doordat er minder neushoorns zijn, maar ook door beschermende maatregelen. De belangrijkste maatregel is het afzagen van de neus, die weliswaar doeltreffend is, maar iedere 2 jaar herhaald dient te

worden, want de hoorn groeit weer aan. De neushoorn heeft dan weliswaar geen lange neus meer, maar is wel beschermd tegen stroperij.

Een bruggetje van de neushoorn naar onze dagelijkse praktijk is wat lastig, behalve dan dat we als arts graag onze neus in andermans (medische) zaken steken. De nieuwe regeringscoalitie heeft zojuist de plannen voor de komende regeerperiode bekend gemaakt en zoals verwacht zal er bezuinigd gaan worden op de zorg. Eigenlijk behelzen de plannen meer het beteugelen van de stijging van de kosten, dan echte bezuinigingen en dat is ook wel reëel. De kosten van medische zorg in Nederland stijgen al jaren en zijn voor 2026 geraamd op 114 miljard Euro, waarvan 30 tot 35 miljard Euro wordt besteed aan ziekenhuiszorg (medisch-specialistische zorg) en 6 miljard aan medicijnen via de apotheek. Hoewel de totale zorguitgaven door vergrijzing en innovatie blijven stijgen, zijn er verschillende maatregelen aangekondigd om groei van de kosten af te remmen. De belangrijkste maatregelen zijn het verhogen van het eigen risico met 60 euro, bezuinigingen in langdurige zorg, scherpere tarieven voor zorginstellingen, bezuinigingen op preventieprogramma's en het afbouwen van de middelen voor pandemische paraatheid. Al met al passen deze maatregelen nog wel binnen het Integraal Zorgakkoord en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord, gericht op toegankelijke en betaalbare zorg. Daarenboven is de toon van de regeringspartijen positief en 'mouwen oprollen', hetgeen vertrouwen geeft voor de toekomst van ons werk als medisch specialist.

Met dat in het vooruitzicht wens ik u een fijn voorjaar.

Hans-Jurgen Mager



Een nieuwe NVALT-traditie

Eerste NVALT beleidsmiddag

Met de aankondiging dat de congressen vanaf 2026 in een nieuwe vorm gegoten worden, ontstond er een mogelijkheid om ook na te denken over de manier waarop wij als vereniging samen, dus met bestuur, beleidscommissies, commissies, secties en bureau, richting geven aan onze plannen. Want hoewel in het verleden tijdens het najaarscongres altijd een plenaire terugkoppeling van de secties plaatsvond, bleek het in de praktijk lastig om de diepte in te gaan, onderwerpen gezamenlijk te bespreken of te komen tot afstemming tussen de vele actieve leden in alle commissies en secties. En dus was het tijd om het anders te doen. Zo is de NVALT-beleidsmiddag in het leven geroepen, een middag waarbij alle sectie-besturen, (beleids)commissies, bestuur en bureau samen kwamen om samen vooruit te kijken naar de jaarplannen en de uitdagingen. Het is nog niet perfect maar het was zeker een inspirerende, nuttige en gezellige middag die voor herhaling vatbaar is. We geven hierbij graag een impressie.

Doel van de middag

Het doel van de beleidsmiddag was om de jaarplannen, speerpunten van elkaar en de uitdagingen voor de vereniging en leden te verkennen en waar mogelijk kruisbestuiving te stimuleren. De verschillende thema's uit het meerjarenplan 2023–2028 vormden hierbij de basis: kwaliteit van zorg, juiste zorg op de juiste plek, preventie en gezond gedrag, werkplezier en duurzame inzetbaarheid, en de opleiding van de longarts van de toekomst. Ook was er korte aandacht voor de visie van de Federatie Medisch Specialist, een visie waar we als vereniging ons aan committeren. Alle commissies en portefeuilles gaven een inkijkje in hun plannen voor 2026.

Een paar belangrijke highlights en benoemde punten van aandacht waren als volgt:

- Betrek de AIOS nog actiever bij secties en nascholingen. Dit gebeurt al veel, maar mag nog meer;
- Laat actieve leden fungeren als ambassadeurs in hun eigen ziekenhuis/regio;
- De komende jaren is het beleidsplan kwaliteit leidend voor de activiteiten van de beleidscommissie kwaliteit. De beleidscommissie zal daartoe opnieuw ingericht worden
- Een belangrijk onderdeel van kwaliteit is een andere wijze van visiteren. De komende jaren zal er meer risicogericht worden gevisiteerd;
- Voor opleiding is een nieuw landelijk opleidingsplan in de maak en de Digitale Leer Omgeving (DLO) wordt geoptimaliseerd;
- Doel is ook om de zichtbaarheid van de longgeneeskunde binnen universiteiten te vergroten;
- Belangrijke strategische vragen kwamen aan bod, zoals de aantrekkelijkheid van de opleiding in een veranderend zorgwereld en de rol van VS en PA binnen de vereniging;
- Voor beroepsbelangen draait de agenda om werkplezier en duurzame inzetbaarheid, behouden van keuzevrijheid en het willen zijn van een kennisplatform;
- Voor wetenschap en innovatie draait de agenda veelal om Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG). Maar ook innovatie en digitalisering is een uitdagend onderwerp waar de beleidscommissie Wetenschap & Innovatie mee aan de slag gaat. Er werd onder andere gesproken over internationale samenwerking en het betrekken van technische universiteiten.

Voorafgaand aan de beleidsmiddag is een inventariserende enquête gehouden die door vele sectie-besturen, besturen van (beleids)commissies is ingevuld. Veel informatie is ontvangen waar de onder andere de beleidscommissie Kwaliteit en Wetenschap en Innovatie mee aan de slag kan. Een aantal secties zijn op basis van hun input gevraagd om zichzelf te presenteren om zo met elkaar te kunnen sparren hoe elkaar te versterken, wat



ze kunnen betekenen voor een andere sectie maar ook wat ze willen vragen aan andere secties.

Zo liet collega Jeske Staal van de sectie Palliatieve Zorg zien hoe breed het werk van deze sectie is: van ACP gesprekken en financiering tot richtlijnen, scholing en samenwerking met andere secties. De oproep om palliatieve zorg duidelijk te positioneren en informatie-uitwisseling te verbeteren werd breed onderschreven.

Louise Urlings van de sectie Intensive Care schetste het belang van uitwisseling tussen intensivisten en longartsen, de rol van de sectie in richtlijnontwikkeling en onderwijs en de wens om in het nieuwe opleidingsplan een betere positie te krijgen. Interactie met opleiders en betere aansluiting op de DLO kwamen hierbij naar voren als verbeterpunt voor de NVALT. Met heldere cijfers over sterfte en onderdiagnostiek benadrukte Hanna Kuiper en Tjerk Hylkema van de nieuwe sectie Werk gerelateerde Longaandoeningen het belang van preventie, onderwijs, MDO uitbreiding en samenwerking met bedrijfsartsen en centra. Een breed gedragen inzicht: werk gerelateerde oorzaken worden vaak gemist, terwijl de impact groot is.

Ook voor organisaties waarmee nauw wordt samengewerkt was er ruimte om te laten zien wat zij doen en waar de samenwerking kan zitten. Daphne Dumoulin van de Stichting NVALT-studies liet zien wat zij secties kunnen bieden op het gebied van onderzoek doen. Huib Kerstjens van de NRS benadrukte dat de NRS graag actieve deelname van longartsen heeft. Door beide organisaties is betrokkenheid van de NVALT en alle leden van grote meerwaarde.

Sparren en interactie

Als laatste onderdeel was er een interactieve sessie over samenwerken in een netwerk.



Binnen de longgeneeskunde vindt samenwerking op veel verschillende terreinen plaats, zowel regionaal als landelijk. Netwerksamenwerking brengt veel aspecten samen, en in combinatie met de resultaten uit de enquête kwamen meerdere thema's naar voren. In groepsgesprekken onderzochten we de succesfactoren en knelpunten in netwerksamenwerking voor verschillende thema's. Er zijn verschillende succesfactoren benoemd zoals financiering van datamanagement en research-verpleegkundigen, MDO's als organisatorische motor, actieve patiëntenvereniging, eenduidige inclusiecriteria om deel te nemen aan onderzoek en onderwijs.

Wat kan de NVALT oppakken?

Knelpunten zijn ook benoemd. Er is specifiek gevraagd naar punten die de NVALT kan oppakken. De MDO's die een succesfactor zijn, zijn tegelijkertijd een tijdrovende aangelegenheid waarvan niet altijd duidelijk is hoe deze vorm te geven en te bekostigen. Er zijn verschillende mogelijkheden besproken hoe we hier als NVALT mee aan de slag kunnen gaan, dat wordt weer vervolgd.

Tot slot

Deze eerste beleidsmiddag was vruchtbaar en een succes! Uiteraard zijn er verbeterpunten te benoemen en aangedragen. Dat wordt meegenomen voor volgend jaar. Zo werd veruit de interactieve sessie als beste onderdeel beschouwd en een aantal onderwerpen waren wat minder interessant. Daar kan op worden voortgeborduurd. De NVALT gaat met de genoemde actiepunten aan de slag, wordt vervolgd!

Ingrid van der Gun



Stichting LINC: Longartsen Internisten Neurologen Connected

Samen sterker, ieder met een eigen gezicht

De NVALT, de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) en de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) zijn ieder op hun eigen manier unieke verenigingen van medisch specialisten en medisch specialisten in opleiding. Elke vereniging en vakgebied heeft een eigen geschiedenis, een eigen cultuur en natuurlijk een eigen achterban. Tegelijkertijd herkennen we op verenigingsniveau ook veel overeenkomsten, onder andere in werkzaamheden en activiteiten maar ook in gedeelde uitdagingen. Zo houden we ons binnen onze verenigingen allemaal bezig

met kerntaken zoals opleidings- en kwaliteitsvisitaties, accreditatie en organiseren van (na)scholingen. Maar ook met uiteenlopende en gedeelde beleidsvragen zoals werkplezier en toegankelijkheid en schaarste in de zorg. Dit zijn allemaal taken en onderwerpen die essentieel zijn voor het behoud van de kwaliteit van ons vak, nu en in de toekomst.

De afgelopen jaren is steeds duidelijker geworden dat deze taken complexer en meer worden en dat de eisen die eraan worden gesteld toenemen. Een paar voorbeelden: de wijze



van opleidingsvisitaties is veranderd, er is een gedeelde vooropleiding en werken we alle drie aan de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen. Dat vraagt steeds meer van onze ondersteunende bureaus en van de mensen die daar werken. Tegelijkertijd willen we graag een wendbare, professionele en ervaren organisatie blijven die klaar is voor de toekomst. Vanuit die gezamenlijke ambitie zijn we al enige tijd samen met de NVN en NIV intensiever gaan samenwerken.

Waarom samenwerken?

De belangrijkste reden om de samenwerking met elkaar te zoeken, is om minder kwetsbaar te zijn als organisatie. Door kennis, ervaring en capaciteit van menskracht te bundelen, hoeven we het wiel niet drie keer uit te vinden en kunnen de taken onder meer mensen verdeeld worden. We kunnen van elkaar leren, elkaar versterken en samen slimmer werken. Dat komt niet alleen de bureaus ten goede, maar uiteindelijk ook de verenigingen.

Daarnaast helpt samenwerken om onze medewerkers geboeid en gemotiveerd te houden. Door samen te werken ontstaan er meer mogelijkheden voor ontwikkeling, uitwisseling van expertise en afwisseling in het werk. Dat maakt het werk aantrekkelijker én zorgt ervoor dat kennis behouden blijft binnen onze verenigingen.

Van samenwerken naar een gezamenlijke stichting

Deze intensievere samenwerking heeft inmiddels een concrete vorm gekregen: we hebben samen een stichting opgericht zodat we de gedeelde taken ook echt samen kunnen uitvoeren. Binnen deze stichting brengen we een aantal gezamenlijke en uitvoerende kerntaken onder, zoals visitaties en accreditatie en delen we het personeel dat zich hiermee bezighoudt. Dit scheelt in de kosten (geen detachingskosten, ondersteuningsbureaus en BTW) en levert meer kwaliteit omdat er een focus aangebracht kan worden in de werkzaamheden. De stichting fungeert als een fundament waarop we deze taken professioneel, efficiënt en toekomstbestendig kunnen organiseren.

Belangrijk om te benadrukken: de stichting is aan onze verenigingen ondersteunend van aard. De verenigingen blijven zelfstandig bestaan en behouden hun eigen bestuur, beleid en identiteit. De inhoudelijke koers van de NVALT, NVN en NIV blijft dus gewoon daar waar het nu ook is, bij de verenigingen en hun leden.

Samen waar het kan, eigen waar het moet

De drie besturen en bureaus van de betrokken verenigingen zijn ervan overtuigd dat deze constructie ruimte biedt om toekomstbestendig te zijn en te worden. Door samen te werken op ondersteunende taken wordt er continuïteit en kwaliteit van werkzaamheden geborgd en waar nodig gecreëerd. Daardoor ontstaat er meer ruimte voor de beleidsmatige ondersteuning van het bureau om ons te richten op inhoud, visie en belangenbehartiging.



We werken samen waar het logisch en efficiënt is, en blijven onderscheidend waar dat nodig en gewenst is. Iedere vereniging houdt haar eigen gezicht, haar eigen stem en haar eigen manier van werken richting leden.

Wat merkt u hiervan als lid?

Voor u als lid verandert er in de basis weinig. Visitaties en accreditatie blijven met dezelfde zorg en aandacht georganiseerd en dit blijft vanuit het NVALT-bureau gecoördineerd, u blijft dus communiceren met ons als NVALT. Achter de schermen zorgen we ervoor dat processen beter op elkaar aansluiten, kennis wordt gedeeld en we sneller kunnen inspelen op ontwikkelingen in de zorg en de omgeving daarvan.

De stichting is financieel lean ingestoken, zo steekt elke vereniging een evenredig deel in waar de kosten van worden betaald. De inkomsten vanuit de drie verenigingen die naar de stichting gaan worden gehaald uit activiteiten waar inkomsten tegenover staan. Bijvoorbeeld, we organiseren een visitatie en daar heeft de NVALT inkomsten van. Het werk wat voor de visitatie gedaan wordt door stichting LINC, wordt met de betreffende inkomsten betaald.

Evalueren

We zien deze gezamenlijke stichting als een belangrijke stap vooruit. Omdat het een nieuwe samenwerkingsvorm betreft, starten we bewust met drie verenigingen waarmee al langere tijd op bureauniveau wordt samengewerkt. Dit geeft ruimte om in kleine setting te toetsen wat werkt, waar we in de praktijk tegenaan lopen en welke governance en ondersteuningsstructuur het beste past.

We evalueren dit eerste jaar regelmatig en sturen bij waar nodig. Transparantie richting onze leden vinden we daarbij essentieel en daarom informeren wij u hier graag over middels dit artikel en al eerder tijdens onze ALV.

Heeft u vragen of ideeën naar aanleiding van dit artikel? Laat het vooral weten.

U kunt contact opnemen met Ingrid, ivandergun@nvalt.nl

Ingrid van der Gun, directeur NVALT

Vanuit het AIOS Bestuur

Als AIOS-bestuur proberen wij zo goed mogelijk de belangen van de AIOS te behartigen binnen de NVALT en de opleidingsklinieken. Mochten er dus zaken zijn waar jij tegenaan loopt die je niet kwijt kan bij jouw eigen opleider of collegae, dan kun je ons altijd mailen! Dit kan via aios@nvalt.nl. Heb je een goed idee of wil je graag ergens over meedenken, stuur ons dan vooral een mailtje!

AIOS betrokkenheid bij NVALT secties

Elk aandachtsgebied binnen de longgeneeskunde is als 'sectie' vertegenwoordigd binnen de NVALT. De secties zetten zich in voor verbetering van zorg binnen hun aandachtsgebied. Daarnaast wordt er wetenschappelijk onderzoek verricht en bijgedragen aan goed onderwijs en nascholing. Ook onderhouden secties contact met relevante partijen buiten de NVALT. Als AIOS is het uiteraard mogelijk om lid te worden van NVALT-secties. Dit kan naast inhoudelijk interessant, ook interessant zijn voor onder andere het opbouwen van een netwerk, meedenken over landelijk beleid, richtlijnen, onderwijs en het ontwikkelen van niet medisch inhoudelijke vaardigheden. Aanmelden voor een sectie gaat zeer eenvoudig via de NVALT-website. Zodra je je aangemeld hebt word je uitgenodigd voor vergaderingen en ontvang je overige relevante berichtgeving. Regelmatig zijn secties ook actief op zoek naar AIOS, waarbij vaak een concrete taak of functie aangeboden wordt. Houd dit goed in de gaten, het is een erg leuke manier om je op bestuurlijk vlak te ontwikkelen en netwerk op de bouwen.

NVALT-dagen en netwerkborrel

De voormalige longartsenweek zal dit jaar in een nieuw format plaatsvinden! Er wordt een voorjaars- en een najaarseditie

georganiseerd; De NVALT voor- en najaarsdagen. Iedereen die wil kan dus bij één van de twee edities aanwezig zijn! De voorjaarseditie zal plaatsvinden op 16 en 17 april in Wageningen. De najaarseditie vindt plaats op 5 en 6 oktober in Amsterdam. Uiteraard krijgen beide edities dezelfde wetenschappelijke en inhoudelijke opzet. Check de site: nvalt.morganiseren.nl Tevens wordt weer de netwerkborrel voor AIOS en Jonge Klaren georganiseerd. Hiervoor kun je je via het inschrijfformulier voor de Longdagen aanmelden.

Best practices voortgangsgesprekken

Wij krijgen signalen uit het land dat de kwaliteit van de opleidingsgesprekken erg verschilt per kliniek. Om hier meer duidelijkheid over te krijgen hebben we jullie input nodig! We zijn op zoek naar goede voorbeelden/formats van opleidingsgesprekken die we als best practice zouden kunnen delen. Ook als je helemaal niet tevreden bent over de voortgangsgesprekken in jouw kliniek kun je dit natuurlijk met ons delen. Je kunt ons bereiken via aios@nvalt.nl.

Update ontwikkelen nieuw landelijke opleidingsplan

Het huidige landelijk opleidingsplan dateert uit 2023, wat betekent dat het weer toe is aan een herziening. Sinds enkele maanden is er een commissie aan de slag om het huidige opleidingsplan te moderniseren en herschrijven. Uiteraard zijn wij hier vanuit het AIOS bestuur ook bij betrokken. Op dit moment houden we ons vooral bezig met het herinrichten van de EPA-structuur en hebben we aandacht voor de thema's en profielen. We zullen jullie regelmatig op de hoogte houden van de ontwikkelingen. Mochten jullie vragen of hele goede ideeën hebben kan je ons natuurlijk per mail bereiken.

NVALT SECTIES



NETWERKBORREL



VOORTGANGSGESPREK



OPLEIDINGSPLAN



Herziening Landelijk Opleidingsplan

Sinds januari 2025 is de werkgroep Landelijk Opleidingsplan gestart met de ontwikkeling van het nieuwe Landelijk Opleidingsplan (LOP) voor de opleiding tot longarts. De uitkomsten uit de landelijke opleidersvergadering van oktober 2024 zijn daarbij als belangrijke uitgangspunten meegenomen.

Tijdens de landelijke opleidersvergadering van 28 januari 2026 hebben Marijke Rutten, voorzitter werkgroep LOP en Sophie Taverne, lid werkgroep LOP de stand van zaken gepresenteerd.

De werkgroep is tien keer bij elkaar gekomen. De focus lag tot nu toe op:

1. Het uitwerken van nieuwe EPA's (van klinische naar procesgerichte EPA's).
2. Het formuleren van (nieuwe) vakinhoudelijke/ werkgerelateerde thema's.
3. Het beter beschrijven van profielen/thema's m.b.t persoonlijke ontwikkeling.

De werkgroep werkt deze punten in kleine groepjes uit. Een terugkoppeling en inzage van het nieuwe landelijk opleidingsplan richting opleiders en secties is dit najaar te verwachten. De implementatie wordt voorzien in 2027.

De werkgroep bestaat uit opleiders, longartsen en longartsen in opleiding uit diverse delen van het land. Daarnaast zijn een onderwijskundige en de beleidsadviseur van de NVALT betrokken.

Samenstelling werkgroep LOP







Marijke Rutten, voorzitter, plv. opleider en longarts MUMC+
Elize Berg, opleider UMCU
Joost van den Aardweg, opleider Amsterdam UMC
Karin Grijm, longarts Noordwest ziekenhuis
Wouter van Geffen, longarts Radboudumc
Lisette van der Velden, opleider en longarts Rijnstate
Eva Bots, longarts HMC
Sophie Taverne, longarts i.o. Catharina ziekenhuis
Carlijn Veldman, longarts i.o. Martini ziekenhuis
Tjitske Tjalma, longarts i.o. Amphia
Leonie Timmer, longarts i.o. Rijnstate
Marlijn Migchels, onderwijskundige
Moniek Elsendoorn, beleidsadviseur NVALT



Sophie Taverne en Marijke Rutten

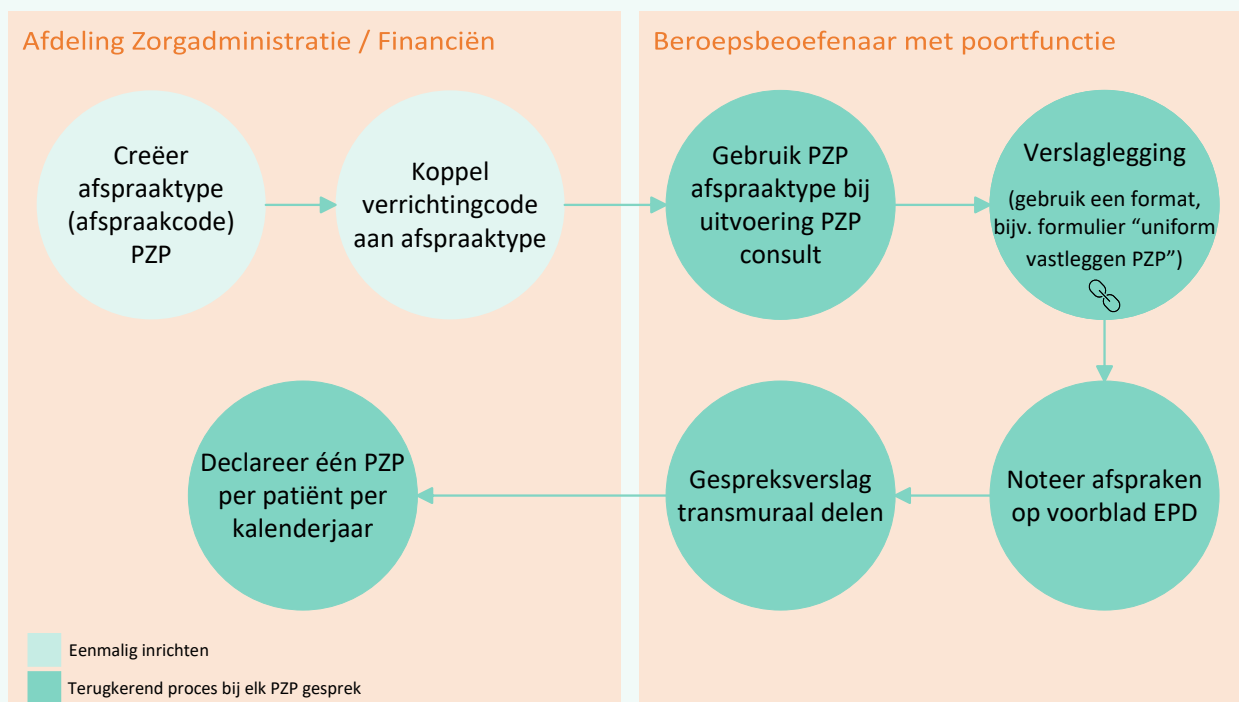
De route naar declaratie van het Overig Zorgproduct (OZP) Proactieve Zorgplanning (PZP)

Voorwaarden voor declaratie

-  PZP is hoofddoel van consult
-  PZP vormt onderdeel van consult met ander hoofddoel
-  Consult door beroepsbeoefenaar met poortfunctie
-  Uitvoerder is lid van het palliatief team en registreert de DBC Palliatieve Zorg (990040)
-  Vindbaar gespreksverslag dat transmuraal wordt gedeeld
-  Eén keer per kalenderjaar per patiënt

Zie ook:
Handreiking
OZP PZP MSZ

Technische implementatie



Proactieve zorgplanning

Van toekomstvisie naar dagelijkse praktijk

Sinds januari 2025 is er een vergoeding beschikbaar voor consulten in het kader van Proactieve Zorgplanning (PZP). Deze financiële impuls vanuit de Nederlandse Zorgautoriteit is bedoeld om PZP sneller en breder te implementeren. Binnen de longgeneeskunde hebben we bij uitstek te maken met patiëntencategorieën waarbij PZP en gedeelde besluitvorming het fundament zijn voor passende zorg. Desondanks signaleren we binnen de Sectie Palliatieve Zorg dat het structureel inbedden van PZP in de dagelijkse zorg, voor veel longafdelingen een uitdaging en toekomstvisie blijft.

Proactief informeren en inventariseren van wensen en grenzen verbetert aantoonbaar de kwaliteit van zorg voor patiënten met een levensbedreigende aandoening. Niet alleen de patiënt zelf, maar ook naasten én zorgverleners profiteren van tijdige helderheid over het ziekte- en zorgtraject dat gaat komen. Niet voor niets wordt het voeren van PZP-gesprekken steeds vaker als aanbeveling opgenomen in internationale richtlijnen. Het belang is helder, maar, hoe brengen we dit in praktijk? En waaraan dient de uitvoering van een PZP-gesprek te voldoen om van de betaaltitel gebruik te kunnen maken?

De afspraken en kaders die antwoord geven op deze vragen, zijn beschreven in de “Handreiking Overig Zorgproduct Proactieve Zorgplanning Medisch Specialistische Zorg” (nov. 2024).

Het is van belang om samen met de financiële afdeling een afspraaktype te maken welke uitsluitend gebruikt wordt voor PZP-gesprekken, zodat de verrichtingcode hieraan kan worden gekoppeld. Op deze manier kan de financiële afdeling de PZP-verrichting eenvoudig filteren uit alle consulten en ervoor zorgdragen dat er op de juiste wijze wordt gedeclareerd, namelijk: één keer per jaar per patiënt. Bijkomend voordeel

is dat we op deze manier inzichtelijk maken hoeveel PZP-consulten er plaatsvinden op jaarlijkse basis binnen de longgeneeskunde. Het hiernaast getoonde overzicht is ontwikkeld in Leiden en vormt een mogelijk hulpmiddel voor uw praktijk. Als sectie horen wij het graag van u als er andere wegen bewandeld zijn om tot goede afspraken te komen binnen uw ziekenhuis.

Elke behandelaar met een poortfunctie (arts, verpleegkundig specialist, Physician Assistant) kan aan de slag met proactieve zorgplanning. We hebben allemaal geleerd om een anamnese af te nemen en slecht nieuws gesprekken te voeren. Daarmee hebben we de ‘skills’ voor het voeren van PZP-gesprekken al in huis. In veel EPD’s is tegenwoordig een gespreksformulier Proactieve Zorgplanning opgenomen en ook online zijn standaard gespreksformulieren vindbaar. Deze geven structuur en houvast aan de inhoud van het gesprek. Voel je je toch onvoldoende bekwaam om een start te maken met PZP? Dan zijn er verschillende (na)scholingen te vinden waarbij wordt ingaan op de vier domeinen van PZP: fysiek, sociaal, psychisch en zingeving.

Ooit nam je voor het eerst een anamnese af, deed je voor het eerst lichamelijk onderzoek, en voerde je voor het eerst een slecht nieuws gesprek. Binnenkort... je eerste PZP gesprek?

Namens de Sectie Palliatieve Zorg,

*Kelly van Doorn
Physician Assistant ILD, LUMC*

*Jeske Staal-van den Brekel
Longarts ZGT Almelo/Hengelo namens het sectiebestuur PZ*

Nieuwe hoogleraar: Idris Bahce

Nederland is een hoogleraar longziekten rijker: Idris Bahce. Op 1 juli 2025 werd hij benoemd tot hoogleraar longoncologie aan het Amsterdam Universitair Medisch Centrum (AUMC). Zijn oratie vond plaats op 15 januari 2026 met als titel “Samen, verder. Multidisciplinair onderzoek en moleculaire beeldvorming in de longoncologie”. Wie is deze hardwerkende en zeer getalenteerde teamspeler?

Idris groeide op in België en rondde in 2003 zijn studie geneeskunde cum laude af aan de KU Leuven. Daarna vertrok hij naar Nederland voor zijn vervolgonderwijs. “Ik had interesse in de infectieziekten en wilde eigenlijk algemeen internist worden. In die tijd werd dat afgeschaft en ik voelde er mij minder thuis. Destijds kwam ik in het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem Frank van den Elshout tegen, die na een goed gesprek tegen mij zei: ‘Jij moet longarts worden’”, zegt Idris. Uiteraard heeft hij hierover nagedacht en kwam hij al snel tot de conclusie dat de longziekten alles had wat hij wilde: “Een mooi beschouwend vak en het past bij mij als persoon. Achteraf is het altijd een goede keuze geweest.”

Onderzoek in de VU

In 2009 verhuisde hij naar Amsterdam om te gaan werken in het toenmalige ‘VU ziekenhuis’. Idris vertelt dat toen hij klaar was met zijn opleiding de oncologie nog niet zo ver ontwikkeld was. “Mijn eigen kennis was nog beperkt. Ik kreeg de kans om in dit grote centrum te komen werken en ernaast een onderzoekstraject te starten. Het was een grote uitdaging en ik heb de stap in het diepe genomen.” Dit leidde tot zijn proefschrift met titel ‘Tumor characterization using radiolabeled anti-cancer drugs in NSCLC patients’, waar hij in 2017 op promoveerde. Inmiddels heeft Idris zijn onderzoekslijn verder uitgebreid en geeft hij leiding aan een ziekenhuisbrede multidisciplinaire researchgroep. Hij is bezig studies op te zetten voor de optimalisatie van multimodaliteit behandelingen voor patiënten met longkanker. “Het Amsterdam UMC is het grootste longchirurgisch centrum in Nederland, en ook één van de grootste in radiotherapie en interventies. Zo heb ik samen met onze groep onder andere de INCREASE studie uitgevoerd, waarbij duale immunotherapie werd gegeven bij een trimodaliteit behandeling. Dit leidde tot een verdubbeling van de tumorresponsen, maar ook tot veel bijwerkingen. Als vervolg hierop proberen we nu een landelijke NVALT-studie op te starten die gericht is op verhogen van tumorresponsen maar met minder bijwerkingen. De raakvlakken met andere disciplines, dat vind ik echt leuk. Ook met de toekomstige centralisatie van de chirurgische oncologische interventies ben ik bezig om onderzoeken op te starten, in de lijn van mijn interesse en het Amsterdam UMC.” Zijn harde werken binnen de longoncologie heeft tot nu toe al geresulteerd in 4 afgeronde promoties, veel impactvolle publicaties en het verkrijgen van een groot aantal subsidies.



Patiëntenzorg en onderwijs

Zijn voorliefde voor het doen van research komt overduidelijk naar voren, maar eigenlijk doet Idris zijn andere taken, zoals patiëntenzorg en onderwijs net zo graag. Idris geeft aan dat het een spanningsveld is: “Twee dagen per week ben ik bezig met patiëntenzorg. Daar is de verankering, ik haal er de meeste voldoening uit en het is ook belangrijk voor de onderzoeken. Sommige patiënten raken me echt. Daarnaast is de vakgroep longziekten betrokken bij het vaste curriculum binnen de studie geneeskunde en biomedische wetenschappen. Ik vind de longoncologie eigenlijk maar een weinig belicht onderwerp. Ik ben jaren vice-opleider geweest voor de longopleiding, dat ligt mij ook aan het hart. Deze taak heb ik nu teruggegeven om meer tijd voor research over te houden. Wie weet zal ik dat te zijner tijd weer meer gaan doen. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) dwingt de regio om keuzes te maken en de samenwerking met het AVL te optimaliseren voor betere afstemming qua onderwijs, research en patiëntenzorg.”

Longkankeronderzoek.nl

Sinds anderhalf jaar bestaat de website longkankeronderzoek.nl, waarvan Idris één van de trotse oprichters is. Hij vertelt hoe eerder elk academisch centrum zijn eigen websites had met beschikbare longoncologische studies. “Tijdens een symposium kwam dit punt naar voren en ik stelde voor om een landelijke website te maken. Er was direct veel enthousiasme voor.” Uitgeverij Jaap heeft de technische kant van de website onder zijn hoede, de longartsen van de academische centra en AVL zijn verantwoordelijk voor de onafhankelijke inhoud en er is multi-sponsoring vanuit de industrie. Verwijzers kunnen beschikbare studies met in- en exclusiecriteria opzoeken en de informatie is actueel. Idris: “We hopen zo de drempel voor de verwijzers te verlagen en studieparticipatie te verhogen. Uiteindelijk is het de bedoeling dat elk ziekenhuis kan meedoen aan de website. We hopen dat de website te zijner tijd gebruikt kan worden voor alle studies binnen de NVALT, dus ook voor andere velden.”

Doorbraken in de longoncologie

Idris realiseert zich dat er momenteel een revolutie gaande is op het gebied van de longoncologie. Hij blikt terug: “Er zijn zo veel doorbraken geweest de afgelopen jaren. Ik herinner me nog een Chinese patiënt die mij wees op immunotherapie. We deden hier toen nog niets mee en konden toen net de

EGFR-mutatie testen. Die patiënt had gelijk, kijk waar we nu staan en wat een vooruitgang we hebben geboekt!” Idris vertelt ook enthousiast over de recente eerste patiënt met een perifere laesie die middels CT-navigatie geleid kon worden bereikt om bronchoscopisch te ableren. “De patiënt is daarna geopereerd om het effect te beoordelen. Dit is ook een echte doorbraak!” Daarnaast verwacht hij ook veel in de toekomst van gepersonaliseerde geneeskunde en apps om patiënten te volgen. Dit heeft ook veel interesse vanuit de SON om verder door te ontwikkelen.

Pizza bakken

Naast het drukke werk blijft er gelukkig ook nog tijd over voor andere zaken. Idris: “Ik start altijd vroeg in de ochtend, zodat ik ook weer op tijd naar huis kan gaan. Als ik thuis ben, vragen onze 3 kinderen ook hun aandacht, het weekend is meestal druk. Ik hou ervan om te bakken, zoals cake, brood of pizza. We hebben een steenoven in de tuin, dus ik maak het deeg, zij de toppings. Vooral van het organische proces laad ik weer helemaal op.”

Zijn collega's van het Amsterdam UMC zijn terecht heel erg trots op Idris en de NVALT sluit zich hier graag bij aan. We wensen Idris dan ook heel veel succes met zijn verdere carrière!

Lisette Kunz



Nieuwe hoogleraar Michel van den Heuvel

Sinds september 2024 is professor Michel van den Heuvel het nieuwe afdelingshoofd van de afdeling Longziekten in het UMC Utrecht. Op 19 december 2025 hield hij zijn oratie voor de tweede keer. “Het is superleuk om drie kwartier zonder te interrumpen een verhaal te houden over wat je wil doen!” PulmoScript sprak met de bevlogen hoogleraar over zijn passie en toekomstvisie van netwerkzorg in de longgeneeskunde en specifiek in de longoncologie.

Michel begon zijn carrière in het AMC, waar hij zowel Geneeskunde als Medische Biologie studeerde. Na het basisexamen leek het hem leuk om onderzoek te gaan doen. “Ik vond immunologie ontzettend leuk en heb gesolliciteerd op onderzoek met dendritische cellen”, begint Michel. Via Piet Postmus en Elisabeth Hoefsmit, die als eerste een dendritische cel met de elektronenmicroscopie had gefotografeerd, kon hij aan de slag. Hij had het geluk dat er een beurs via het Astmafonds werd toegekend. Michel gaat verder: “Mijn promotie duurde vier jaar, maar na drie jaar was ik al klaar met mijn onderzoek. Daarna ben ik in opleiding gekomen bij Piet. In het begin was ik zeker niet enthousiast over de (long)oncologie. Ik vond de oncologen maar gifmengers, patiënten hadden veel last van de toxiciteit en vielen uit elkaar.” Het laatste stuk van zijn opleiding volgde hij in Zuid-Afrika voor een TBC-stage, hij bleef er uiteindelijk een jaar.

Tijd in het AVL

Na terugkomst in Nederland kreeg hij het advies van Piet om bij het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis (AVL) langs te gaan voor een plek als longarts. Michel blikt terug op die tijd: “Ik heb er gewerkt van 2006 tot 2017. Ik vond het superleuk, we hebben veel studies gedaan in die tijd. Toch begon ik tegen het einde onrustig te worden. Ik merkte dat in het AVL veel goede zorg werd geleverd aan een subpopulatie van de longkankerpatiënten, maar zag dat het AVL niet de gehele zorg kon bieden.” Michel voelde de oncologische zorg schuren: “Ik vond dat de zorg op andere plekken soms minder goed was omdat de innovaties, waar de oncologische patiënt het vaak van moet hebben, achterbleven. Ik vroeg mij af: ‘Hoe kunnen we dit beter doen?’ Het centraliseren van de zorg voor de extreem zeldzame mutatie gedreven longkankers in 2013-14 was met de komst van de eerste ALK-gerichte behandelingen een heel goede stap, maar voor het overgrote deel van de oncologie moesten we het echt anders gaan regelen. Ik was continu bezig met verbeteringen te bedenken, op het gebied van diagnostiek en moleculaire biologie maar ook projecten binnen de NVALT. Ik was niet in staat mezelf te beperken.”

Overstap naar Radboud

Deze grenzeloosheid leidde uiteindelijk tot de overstap naar het Radboud UMC, waar hij, naar eigen zeggen, een kans kreeg om aan een mooie afdeling te bouwen. “Daarnaast

heb ik, samen met anderen, een fantastisch netwerk opgezet binnen de oncologie, het Longkankernet. Na een jaar of zes was de energie er bij mij wel een beetje uit. Het maximale wat ik kon doen was bereikt en perfectioneren is niet aan mij besteed”, zegt Michel. Op een dag belde Harry Heijerman, inmiddels met emeritaat, hem op met vraag om afdelingshoofd in het UMC Utrecht te worden. Op zich was dit niet de meest logische keuze voor een oncologisch georiënteerde longarts die al afdelingshoofd was. Michel verklaart zijn keuze: “Ik zag het wel als een uitdaging en het was weer in de richting van de stad waar ik oud wil worden. Het UMC Utrecht heeft hiernaast enorm veel mogelijkheden. Ik zou kunnen proberen om nog een keer iets groots op te zetten.” En zo besloot Michel om een stap te zetten naar Utrecht.

Netwerkzorg

Zijn ambitie voor de komende jaren ligt op het gebied van de netwerkzorg. Volgens Michel moet dit onderwerp voeten in de aarde gaan krijgen in Nederland. Zijn missie is dan ook om de zorg overal in het land optimaal te kunnen leveren door beter te sturen op de samenwerking, volgens Michel. “Met het Radboud UMC als academisch centrum en de overige algemene ziekenhuizen in de regio kun je nu binnen Longkankernet prachtige zorg mogelijk maken. Ik vind het een leuke uitdaging om ook de regio Midden-Nederland bij Longkankernet te betrekken en wat mij betreft gaan we naar een landelijke organisatie. Dergelijke samenwerkingen zijn niet uniek. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld ook voor het ILD-netwerk. Hiernaast vind ik het een mooi plan om het St Antonius ziekenhuis en het UMC Utrecht dichterbij elkaar te brengen: zij hebben veel patiënten met ILD, maar met de mogelijkheden voor fundamenteel onderzoek kunnen wij bijdragen vanuit de universiteit. Het UMC Utrecht ziet hiernaast veel patiënten in verband met longtransplantatie, vasculitiden en *connective tissue disease* (CTD)”, zegt hij. De portfolio’s van de ziekenhuizen passen volgens hem daarom goed bij elkaar. Michel ziet voor zichzelf een rol als longarts, afdelingshoofd, maar ook als een enthousiaste bioloog. “Ik snap wat wetenschap en samenwerken is. Op de inhoud vinden we elkaar wel, maar de andere belangen schuren soms. Als je dat met elkaar bespreekt, kom je er meestal wel uit. Dat is nou net waar ik lol in heb”, aldus Michel.

Efficiëntere zorg

Voor de komende 20 jaar is het zijn doel om de zorg efficiënter te maken. Hij is van mening dat innovatie een hele belangrijke factor is om efficiënter te kunnen werken. Michel: “Longartsen zijn tot wel 50% van de tijd kwijt aan administratie. Dat kan toch veel beter! Ander personeel kan dezelfde dingen doen, die wij ook kunnen. Het overnemen van taken, maar ook samenwerking en innovatie leidt tot efficiënter werken. Vooral in de diagnostiek is een verbeterslag te maken, onder andere met AI en het



verbeteren van structuren. Daarnaast heeft de patiënt ook een belang, *de patient in the lead*." Bovenstaande klinkt een beetje vaag en Michel probeert deze termen per ziektebeeld uit te werken en zo concreet mogelijk te maken. "In de oncologie zie ik mogelijkheden met e-health, *liquid biopsies*, *decision support* van de radiologie. Zo kunnen we de patiënt beter begeleiden en voorspellen wat er wel of niet werkt. Longkankerscreening is hierin ook een belangrijk punt. Maar ook bij CF en ILD kunnen grote stappen gezet worden. Soms door innovatie, soms met basaal wetenschappelijk onderzoek. De academie kan daarin het voortouw nemen om dit te ontwikkelen en bij te dragen aan de mogelijkheden. Ik zie het als een enorme ambitie om de zorg *sustainable* te maken", aldus Michel.

Longkankernetwerk

Tijdens zijn periode in het Radboud UMC bestond het longkankernetwerk Zuid-Oost uit 10 ziekenhuizen. Volgens Michel was er eerst haat en nijd tussen de groepen, maar dat veranderde. "Er gebeurden dingen die ik niet had verwacht. Nu proberen we de taken goed te verdelen, idem voor de studies. Dit vind ik supercool, dan hoef ik niets meer te zeggen en ben ik niet meer nodig", zegt hij trots. Maar het proces vergt veel samenwerking en een duidelijke taakomschrijving. "Hoe mooi is het als je overal bijna alle behandelingen kunt bieden! Als academie hoef je maar 5% van alle patiënten te zien, de rest is elders goed op zijn plek. We moeten zorgen dat we efficiënt kunnen werken.

De academie moet vertrouwen op wat collega's elders kunnen door het gezamenlijk vaststellen en verbeteren van zorgpaden. Er zijn zo veel knoppen om aan te draaien", aldus Michel.

Band met kindergeneeskunde

Terugkijkend is het voor Michel een goede keuze geweest om te veranderen van werkplek. "De afdeling is een fijne werkplek", zo vertelt hij, "en er gebeuren leuke dingen waar ik aan kan bijdragen". Zo vindt hij de samenwerking met het Wilhelmina kindziekenhuis een mooie uitdaging. De overgang van kindergeneeskunde naar 'volwassen' geneeskunde is echt een 'ding'. Michel: "Onze CF-patiënten worden steeds ouder. Ze maken op een bepaald moment de transitie naar volwassen leeftijd en gaan verder in hun ziekte-traject. Vroeger was dit heel strikt bij 18 jaar. Tegenwoordig kijken we steeds meer naar de patiënt zelf, het is soms prima als een 18-jarige nog een tijdje bij de kinderarts onder behandeling blijft. Daar moet je als team wel voor staan. Ik vind het superinteressant om dit proces en transitie te begeleiden, de samenwerking tussen de afdelingen concreter te maken en de financiële organisatie te regelen. En er zijn nog zoveel erfelijke longziekten waar het echt beter moet en kan. De band met de kindergeneeskunde is mooi, multidisciplinair en wordt steeds mooier. Dit is essentieel voor de transitie van de zorg."

Lisette Kunz



Wat Is De Diagnose?

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 met je collega's tijdens een overdrachtmoment eens over te sparren! Leerzaam voor de coassistenten, A(N)IOS, maar ook zeker voor de longarts.

Op pagina 36 van deze PulmoScript lees je de ontknoping en de belangrijkste leerpunten.

Veel plezier!

*Wytze de Boer, AIOS Isala ziekenhuis.
Berend Peters, AIOS UMC Utrecht.
Orestes Carpay, AIOS UMC Groningen, fellow IC.
Kelly Jonkman, AIOS Franciscus Gasthuis & Vlietland.
Marloes Reurs, AIOS Hagaziekenhuis.*

Casus: een 45-jarige vrouw met taaie hoestklachten
Ingestuurd door Eline Steenhuis, AIOS te Isala Zwolle

Voorgeschiedenis

In 2003 onderging zij een ovariectomie rechts wegens een hydrosalpinx in combinatie met een cyste. In 2017 vond in Oekraïne een resectie van de linkerbovenkwab plaats, wegens een afwijking die anamnestic als benigne is geïdentificeerd.

Medicatie

Zij gebruikt momenteel lynestrenol en tranexaminezuur.

Anamnese

De patiënte presenteert zich met al langer bestaande hoestklachten. Zij beschrijft het ophoesten van taaie, bruinige slijmbrokken, waarvoor zij geen duidelijke uitlokkende factoren kan benoemen. Daarnaast ervaart zij klachten van nachtzweeten. Zij rookte in het verleden, maar is inmiddels twintig jaar geleden gestopt.

Laboratorium onderzoek

Hemoglobine 7,3 mmol/L, leukocyten $5,9 \times 10^9/L$, eosinofielen $0,1 \times 10^9/L$, C-reef proteïne 2 mg/L, creatinine 43 $\mu\text{mol/L}$.
Microbiologie

PCR Aspergillus positief. Aspergillus galactomannan positief.
Schimmelkweek positief voor Aspergillus fumigatus.

Beeldvormend onderzoek en bronchoscopie



- 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



Opleiding in de kijker

St. Antonius ziekenhuis

Het St. Antonius ziekenhuis is ontstaan uit verschillende ziekenhuizen in de regio Utrecht. In 1910 werd het St. Antonius Gasthuis opgericht. Er zijn meerdere fusies geweest, de meest recente in 2016, waarbij het Zuwe Hofpoort ziekenhuis in Woerden erbij is gekomen.

Het ziekenhuis (en de longziekten specifiek!) heeft een historie van innovatie, waarbij bijvoorbeeld in 1989 de eerste longtransplantatie van Nederland in het St. Antonius plaatsvond. Het Rendu-Oslo-Weber centrum is één van de grootste ter wereld met meer dan 1.600 patiënten met deze aandoening.

Het St. Antonius heeft een eigen longopleiding, in de opleidingsregio Utrecht samen met het UMCU en het Jeroen Bosch ziekenhuis. Hierdoor kunnen makkelijk uitwisselingsstages plaatsvinden tussen de ziekenhuizen en zijn er gezamenlijke refereeravonden. De vakgroep longgeneeskunde bestaat momenteel uit 28 longartsen, 12 AIOS en 15 ANIOS. Daarnaast zijn er in elk aandachtsgebied ervaren verpleegkundig specialisten en physician assistants werkzaam (oncologie, interstitiële longziekten, slaapgeneeskunde, pulmonale hypertensie en Rendu-Oslo-Weber, astma/COPD). Er zijn 4 verpleegafdelingen, in totaal worden er jaarlijks zo'n 20.000 longpatiënten behandeld. Ondanks de grootte van de afdeling en de hoeveelheid artsen hangt er de gezellige, laagdrempelige sfeer passend bij een perifere ziekenhuis.

Naast bezigheden op de werkvloer zijn er regelmatig activiteiten buiten het ziekenhuis, zoals een wintersport, jaarlijkse BBQ met activiteit, sportieve afspraken zoals wielrenrondes en dit jaar voor het eerst sinds de coronatijd weer het jaarlijkse longfeest met alle medewerkers. Het Antonius ziekenhuis heeft een actieve assistentenvereniging die de belangen behartigt van alle assistenten in het ziekenhuis. Daarnaast worden er veel activiteiten georganiseerd, zoals een pubquiz, BBQ en padeltoernooi.

Werken en opgeleid worden in het St. Antonius heeft als grote bonus dat je in een perifere ziekenhuis veel in aanraking komt met de reguliere longziekten zoals astma, COPD, infectieziekten, longembolieën etc. Omdat we daarnaast een landelijk en internationaal expertisecentrum zijn voor de interstitiële longziekten en pulmonale hypertensie (inclusief chronische trombo-embolische pulmonale hypertensie), kom je op dagelijkse basis veel zeldzame ziekten tegen waardoor je

hier makkelijk meer gevoel mee krijgt. Ook worden patiënten gescreend vóór en vervolgd na longtransplantatie. Daarnaast hebben we een groot oncologie-centrum en heeft het Antonius het grootste slaapcentrum van Midden-Nederland. Er vindt veel innovatie plaats op het gebied van digitale zorg. Zo biedt het ziekenhuis sinds een aantal jaar zorg op afstand middels telemonitoring voor patiënten met astma, COPD, longembolieën en in het winterseizoen voor influenza en andere luchtweginfecties, waardoor ruim 10.000 patiënten (samen met andere specialismen) deze vorm van zorg aangeboden hebben gekregen, patiënten krijgen betere educatie over hun ziekte en opnameduur wordt gereduceerd. De indicaties voor telemonitoring op afstand worden steeds meer uitgebreid. Bij de expertise die in het ziekenhuis is wordt ook veel onderzoek verricht en hebben we meerdere arts-assistenten die de kliniek en promotieonderzoek combineren.

Door de verschillende aandachtsgebieden van het ziekenhuis is er nauwe samenwerking met onder andere de cardiologie, cardio-thoracaal chirurgie, (interventie-)radiologie, reumatologie, neurologie, KNO en de anesthesie, waar voor de zeldzame ziekten ook veel expertise in huis is. Hierdoor zijn er veel leerzame MDO's en werk je met veel verschillende collega's samen. De AIOS krijgen veel vrijheid in de opleiding om naast de verplichte stages zelf een richting te kiezen en daarin verdieping te zoeken, in- of buiten het St. Antonius.

Samengevat een heel mooi ziekenhuis om opgeleid te worden of om een verdiepingsstage te doen!



Jonge klare in de kijker

Naam: Vivienne Kahlmann
Geboortedatum: 27 juni 1988
Opleiding geneeskunde: Erasmus Universiteit Rotterdam
Opleidingskliniek: Erasmus Medisch Centrum (EMC) met vooropleiding in het Havenziekenhuis en Franciscus Gasthuis en perifere stage in het Franciscus Gasthuis
Werkt nu in: Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)



Je bent net een paar maanden begonnen als longarts in het LUMC. Hoe bevalt het tot nu toe?

Allereerst dank voor de uitnodiging om mee te werken aan deze rubriek. Sinds november 2025 heb ik de longopleiding in het Erasmus MC afgerond en werk ik als longarts met aandachtsgebied interstitiële longziekten (ILD) in het LUMC. Ik heb het hier erg naar mijn zin; we werken met een betrokken en enthousiast team met verschillende aandachtsgebieden. Binnen het ILD-team werken we met vijf longartsen en een physician assistant. Wat mij aanspreekt, is de academische omgeving waarin patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs samenkomen. Die combinatie is afwisselend en stimuleert mij om verder te blijven ontwikkelen. Daarnaast ben ik nog één dag per week werkzaam in het Erasmus MC om gezamenlijk onderzoek verder vorm te geven. Het is prettig dat ik vanuit zowel het LUMC als het Erasmus MC de ruimte krijg om deze combinatie voort te zetten.

Je opleiding is net klaar, een mooi moment om terug te kijken; zijn je verwachtingen uitgekomen?

Het is heel leuk om hier even bij stil te staan. Het Erasmus MC is een groot en veelzijdig ziekenhuis, waar je je breed kunt ontwikkelen binnen het vak en waar ook ruimte is voor verdere verdieping. Ik heb de opleiding ervaren als inhoudelijk sterk, met veel aandacht voor onderwijs. Tegelijkertijd werkte ik in een prettig team met betrokken collega's. De open sfeer en goede samenwerking hebben de opleiding voor mij leerzaam en waardevol gemaakt. Daarnaast waren er ook veel gezellige momenten en uitjes met elkaar, wat zorgde voor een goede onderlinge band binnen het team. Tijdens mijn opleiding kreeg ik de ruimte om mij verder te verdiepen in de interstitiële longziekten, wat uiteindelijk heeft bijgedragen aan mijn huidige keuze voor ILD. Ook heb ik mij kunnen verdiepen in onderwijs, onder andere door het geven van hoorcolleges aan geneeskundestudenten en het verzorgen van mentorlessen in het eerste jaar Geneeskunde.

Tijdens je opleiding heb je besloten om een promotietraject te gaan doen. Hoe kwam je hierop?

Klinisch onderzoek heeft altijd mijn interesse gehad. Tijdens mijn studie geneeskunde en het schrijven van mijn masterscriptie groeide mijn enthousiasme voor het beantwoorden van klinische vragen. Dat leidde tot mijn eerste publicaties, onder andere over het Guillain-Barré-syndroom. Tegelijkertijd wist ik dat ik onderzoek wilde doen

binnen een vakgebied waarin ik mij ook klinisch als arts verder wilde specialiseren. Als ANIOS interne geneeskunde werkte ik regelmatig op de longafdeling. De diversiteit van het vak sprak mij direct aan, waarna ik heb gesolliciteerd naar een opleidingsplek. Tijdens mijn eerste gesprek in het Erasmus MC heb ik aangegeven dat ik graag een promotietraject wilde volgen. Hoewel er toen nog geen concreet onderzoeksproject was, kon ik wel starten met de opleiding tot longarts, wat een mooie start was. De wens om onderzoek te doen bleef bestaan. In 2021 kreeg ik de kans om klinisch onderzoek te doen binnen de onderzoeksgroep van prof. Marlies Wijsenbeek. Ik heb tweeënhalf jaar fulltime onderzoek gedaan en daarna onderzoek en opleiding gecombineerd. Dat traject heb ik met veel plezier doorlopen en het heeft mijn ontwikkeling als arts en onderzoeker verder verdiept.

Mensen kunnen je kennen van de PREDMETH-studie. Wat is in één zin de belangrijkste bevinding en hoe was het om zo'n klinische studie naast je opleiding uit te voeren?

De PREDMETH-studie is een Nederlandse gerandomiseerde multicenterstudie waaraan 17 centra hebben deelgenomen. De belangrijkste bevinding is dat methotrexaat even effectief is als prednison bij de behandeling van pulmonale sarcoïdose, met op de lange termijn minder bijwerkingen. Binnen mijn promotietraject heb ik daarnaast de TIREDD-studie mogen coördineren, samen met Karen Moor. Met het onderzoeksteam hebben we in deze gerandomiseerde studie aangetoond dat online mindfulness-cognitieve therapie een effectieve behandeling is voor vermoeidheid bij patiënten met sarcoïdose. Aanvankelijk was het plan om mijn opleiding drie jaar te pauzeren voor onderzoek. Door COVID-19 verliep de inclusie trager dan verwacht, waardoor ik na 2,5 jaar weer ben teruggekeerd naar de kliniek. Het laatste halfjaar onderzoek kon ik afronden toen de PREDMETH-studie zich in de afrondende fase bevond. Het combineren van klinische studies met mijn opleiding was intensief, maar vooral ook leerzaam en leuk. Het zorgde voor inhoudelijke verdieping en gaf mij de kans om op nationale en internationale congressen te presenteren. Door het promotietraject heb ik ontdekt dat de combinatie van kliniek en onderzoek mij energie geeft en goed bij mij past.

Je hebt een jong gezin. Best een uitdaging om dit te combineren met een promotie en een opleiding?

Zeker, het was soms best intensief en echt puzzelen om



alles te combineren. Wat voor mij daarbij hielp, was dat ik het meeste met plezier deed. Daarnaast werd er vanuit mijn promotor en opleider actief meegedacht over hoe zowel de opleiding als het promotietraject goed te combineren waren. Thuis heb ik gelukkig een stabiele en betrokken basis, met een partner en opa's en oma's die waar nodig konden bijspringen. Inmiddels zijn mijn kinderen 6 en 8 jaar en is er thuis meer rust en regelmaat. Ik probeer bewust aanwezig te zijn op de momenten dat de kinderen wakker zijn en plan mijn werk daar omheen, waarbij ik ook bewust avonden vrijhoud. Deze periode heeft mij ook geleerd om duidelijke prioriteiten te stellen en keuzes te maken die passen bij wat voor mij belangrijk is. Daarnaast sport ik graag. Vanaf mijn jeugd tot aan de geboorte van mijn kinderen speelde ik softbal en enkele jaren lacrosse. Omdat wedstrijden veel tijd vragen, is dat inmiddels veranderd in tennis en hardlopen. Dat helpt mij om de balans te bewaren en met energie en plezier te blijven werken.

Tijdens de opleiding heb je al voorgesorteerd op een ILD-plek. Wat maakt ILD zo de moeite waard?

Wat mij vooral aanspreekt binnen de ILD is het multidisciplinaire karakter. De diagnose is vaak niet meteen duidelijk, waardoor je samen met collega's uit verschillende disciplines moet puzzelen om tot de juiste diagnose en het juiste behandelplan te komen. Die gezamenlijke afweging en inhoudelijke complexiteit maken het vakgebied voor mij interessant. Ook spreekt mij het langdurige contact met patiënten aan. Het gaat vaak om chronische aandoeningen



waarbij behandelingen zorgvuldig moeten worden afgestemd op de individuele situatie en kwaliteit van leven. Juist in die combinatie van complexe besluitvorming en langdurige begeleiding zie ik hoe klinisch werk en onderzoek elkaar kunnen versterken.

Welke doelen hoop je in de komende jaren te bereiken?

In de komende jaren hoop ik vooral verder te kunnen bouwen op wat ik nu doe: een mooie combinatie van klinisch werk en onderzoek. Ik wil me inhoudelijk blijven ontwikkelen binnen de ILD-zorg en bijdragen aan onderzoek dat direct relevant is voor de patiëntenzorg. Samenwerking speelt daarin voor mij een grote rol, zowel met collega's binnen Nederland als internationaal. Door kennis en ervaring te delen, hoop ik samen stappen te zetten om de zorg voor patiënten met ILD verder te verbeteren.

Wat wil je meegeven aan arts-assistenten die nu aan hun opleiding beginnen?

Blijf nieuwsgierig en neem de tijd om te ontdekken waar je energie van krijgt. Durf uit te spreken wat je ambities zijn en wat je graag zou willen leren of ontwikkelen. Binnen de opleiding is vaak meer mogelijk dan je denkt, zeker als je daar samen het gesprek over aangaat en open kijkt naar wat passend en haalbaar is. En misschien wel het belangrijkste: probeer ook te genieten van het proces, want de opleiding is intensief, maar ook een heel mooie periode om jezelf te vormen als arts.

Stage in de etalage

Verdiepingstage Chronische hoest



Afgelopen jaar heb ik een verdiepingstage gevolgd bij de hoestpoli van het Reinier de Graaf in Delft, een van de erkende specialistische hoestklinieken in Nederland. De poli bestaat al meer dan twintig jaar en wordt gedragen door een multidisciplinair team van een longarts (José de Kluijver), twee KNO-artsen, een MDL-arts en twee gespecialiseerde hoestlogopedisten.

Chronische hoest, gedefinieerd als hoestklachten die minimaal acht weken aanhouden, wordt niet langer gezien als een symptoom maar als een op zichzelf staande aandoening met verschillende fenotypes. Vaak is er sprake van overgevoeligheid van de hoestzenuwen, ook wel het ‘Cough Hypersensitivity Syndrome’ genoemd. Deze benadering vormt de basis van de hoestpoli.

Patiënten kunnen naar deze poli worden verwezen wanneer zij langer dan zes maanden dagelijks hoesten, niet roken, geen ACE remmer gebruiken en een recente X thorax hebben. De gemiddelde patiënt die op de hoestpoli wordt gezien, hoest al ongeveer zeven jaar. Het doel van de poli is om het hoesten leefbaarder te maken en de kwaliteit van leven te verbeteren. Dit wordt gemeten met de hoest score (0-10, waarbij 10 de meeste last van het hoesten vertegenwoordigt). Verwijzingen zijn regionaal en supra regionaal, waarbij patiënten van buiten de regio eerst door een lokale longarts worden beoordeeld.

Tijdens mijn promotietraject en opleiding heb ik altijd een sterke interesse gehad in chronisch hoesten en de grote impact ervan op het dagelijks functioneren. Ik deed onderzoek naar chronisch hoesten bij patiënten met interstitiële longziekten en droeg als junior member bij aan de ERS richtlijn over de diagnostiek en behandeling van chronisch hoesten bij volwassenen en kinderen. Wat echter nog ontbrak, was uitgebreide praktijkervaring in de behandeling van deze

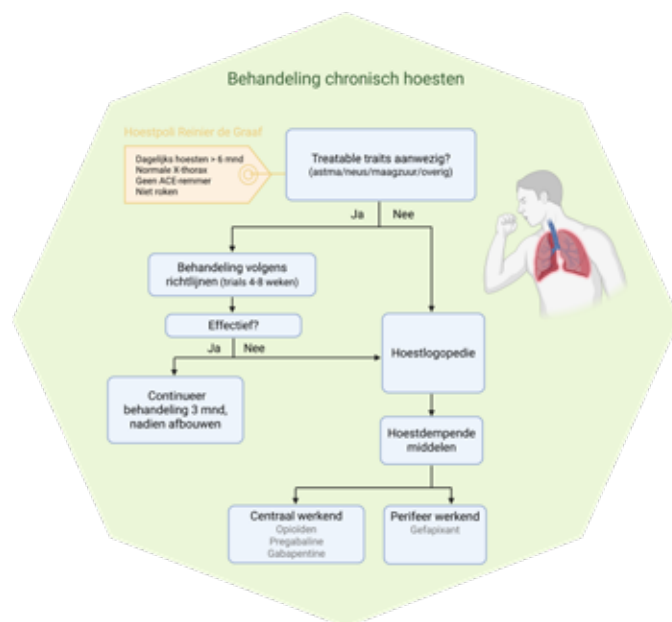
complexe patiëntengroep. Dankzij mijn opleider en het Concilium kreeg ik de kans om mij hierin verder te verdiepen.

De stage begon met twee weken meelopen op de verschillende poli's binnen het team. Daarna had ik gedurende zes maanden, exclusief dienstblokken, één dag per week mijn eigen hoestpoli. Mijn dag bestond uit een ochtend- en middag spreekuur, een MDO-inhalatieallergie en chronische hoest, en een maandelijkse bespreking van het Delfts Allergie Centrum. José de Kluijver was mijn directe supervisor en vanuit het Erasmus MC was Marlies Wijsenbeek betrokken. Gedurende de dag was er ruimte om patiënten voor en na te bespreken.

De kracht van de hoestpoli ligt mijns inziens in de nauwkeurige anamnese, herkenning en erkenning van de klachten, de juiste analyse en behandeling van treatable traits zoals KNO-klachten, reflux en astma. De samenwerking met de KNO-artsen en MDL-arts en de expertise van de hoestlogopedisten is hierbij van grote waarde. Bij ongeveer 70% van de patiënten verbetert de leefbaarheid van hoesten aanzienlijk (hoest score < 4), veelal zonder hoestdempende medicatie. Het was bijzonder waardevol om hieraan te mogen bijdragen.

Deze verdiepingstage was een belangrijke aanvulling op mijn opleiding tot longarts. Ik hoop mij in de toekomst verder te ontwikkelen binnen dit boeiende en impactvolle vakgebied en meer (jonge) longartsen enthousiast te maken voor de patiënt met chronische hoestklachten.

Mirjam van Manen
AIOS Erasmus MC



Beyond spirometry: additional criteria to establish CFTR modulator efficacy in people with Cystic Fibrosis

Samenvatting proefschrift Bente Aalbers

Universiteit Utrecht, 13 mei 2025

Promotoren: Prof. dr. H.G.M. Heijerman, prof. dr. J.M. Beekman

Copromotor: Dr. I. Bronsveld



In de afgelopen jaren zijn er veelbelovende nieuwe behandelingen beschikbaar gekomen voor mensen met CF (Cystic Fibrosis): de CFTR-modulatoren, die rechtstreeks aangrijpen op het CFTR-eiwit om daarvan de functie en beschikbaarheid te verbeteren. Dit leidt tot een beter chloride- en bicarbonaattransport over het celmembraan van de epitheelcellen en daarmee tot minder taai slijm, minder inflammatie en minder klachten bij patiënten. Dit proefschrift laat zien hoe CFTR functietesten kunnen helpen bij het inschatten van de effecten van behandeling met een CFTR-modulator bij individuele patiënten, en hoe aanvullende klinische follow up parameters naast de longfunctie kunnen ondersteunen in de evaluatie van behandelresultaten.

Het blijkt daarbij belangrijk om ook, maar niet alleen maar, naar de longfunctie te kijken. Als de longfunctie bij het begin van de behandeling met ivacaftor/lumacaftor namelijk heel goed ($pp_{FEV_1} > 90\%$) is, wordt zoals verwacht kan worden minder effect op de longfunctie gezien, terwijl personen in deze groep wel andere effecten van de behandeling hebben, zoals minder exacerbaties en verbetering van de voedingstoestand. Ook bij mensen die met een slechte longfunctie ($pp_{FEV_1} < 30\%$) starten met ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor wordt minder effect op de longfunctie gezien ten opzichte van andere patiëntengroepen, maar wel drastisch effect op het aantal exacerbaties en opnames, op de voedingstoestand en de kwaliteit van leven.

Ook de zweetest en CT-scans kunnen aanvullende waarde hebben bij de follow up van patiënten die starten met CFTR-modulatoren. Zowel het zweetchloride als de Brody score op basis van de CT-scan zijn te correleren met andere klinische uitkomstmaten zoals FEV_1 en BMI.

In aanvulling op de klinische parameters kunnen ook metingen in gekweekte neuscellen van belang zijn om vooraf in te schatten

of iemand goed effect van de behandeling kan hebben, bijvoorbeeld wanneer die persoon zeldzame CFTR-mutaties heeft waarbij nog niet vaststaat of een respons op de betreffende modulator verwacht mag worden. Omdat de effecten in vitro, bij metingen in de Ussing kamer, en in vivo gecorreleerd zijn, zou het in de toekomst een nuttige manier kunnen zijn om klinische behandelresultaten te kunnen voorspellen op basis van in vitro respons, als patiëntvriendelijke en haalbare aanvulling op rectale organoïden, waarin deze in vitro metingen al langer worden uitgevoerd.



Kortom, tijdens het gebruik van een nieuwe CFTR-modulator is het goed om onder andere te kijken naar de zweetest, het gewicht/BMI, het aantal ziekenhuisopnames en vragenlijsten over de kwaliteit van leven. Het is belangrijk altijd naar meerdere aspecten van effect te kijken, omdat de klachten en ook de effecten per persoon heel verschillend kunnen zijn. Ook in vitro metingen op gekweekte cellen kunnen een belangrijke aanvulling zijn, met name om vooraf in te schatten of een middel effectief kan zijn bij een individu. De meeste onderzoeken in het proefschrift zijn gedaan met de eerste middelen die beschikbaar kwamen, en de lessen die we hieruit trekken kunnen van belang zijn bij het starten van nieuwere CFTR-modulatoren die sinds recent en in de toekomst beschikbaar zijn.

Advancing Immunotherapy Strategies for Pleural Mesothelioma - Harnessing dendritic cells to turn the tide

Samenvatting proefschrift Bob Belderbos

Erasmus Universiteit Rotterdam, 8 oktober 2025

Promotor: Prof. dr. J.G.J.V. Aerts

Copromotor: Dr. M. Willemsen



Pleuraal mesotheliom (PM) is een lastig te behandelen maligniteit met een zeer slechte prognose zonder behandeling van ongeveer 9 maanden en met behandeling ongeveer 12-14 maanden. Immunotherapie, met name checkpoint inhibitors (CI), heeft geleid tot een revolutie in de behandeling van niet-kleincellig longkanker (NSCLC) en melanoom. Combinatietherapie middels twee CI's (anti-CTLA-4 & anti-PD-L1) heeft in PM wel geleid tot een verbetering van de mediane overleving tot 18 maanden, echter ten koste van een hoge toxiciteit. Daarnaast zien we in mindere mate de langdurig aanhoudende respons op therapie zoals bij NSCLC.

Het mechanisme van CI's berust voornamelijk op ontketenen van een reeds bestaande anti-tumor respons. Er zijn dus cytotoxische T cellen nodig die de tumor herkennen en attaqueren. Deze cytotoxische T cellen moeten wel eerst in de lymfeklier geactiveerd worden door dendritische cellen. In PM zijn een verminderd aantal dendritische cellen aanwezig, welke ook minder goed functioneren. Dendritische cel (DC) therapie zou daarom theoretisch gezien anti-tumor immuniteit in PM moeten kunnen initiëren en mogelijk synergistisch kunnen werken met CI's.

In dit proefschrift ligt de nadruk op het onderzoeken en begrijpen van het onderliggende mechanisme van respons op immunotherapie in PM, waarbij we ons in het speciaal focussen op dendritische cel therapie. Daarnaast bekijken we retrospectief het verloop van de incidentie en behandeling van PM in de afgelopen decennia. Naast systemische therapie voor PM richten we onze blik ook nog op de rol van chirurgie in PM.

Middels een internationale, fase III studie (DENIM trial) laten we zien dat DC therapie als onderhoudstherapie na standaard

eerstelijns chemotherapie helaas niet leidt tot een verlenging van de mediane overleving. Echter zien we wel een correlatie tussen DC therapie-geïnduceerde immuun cel activatie (CD4+ geheugen T cellen)

en mediane (progressie-vrije) overleving. Er lijkt dus wel degelijk een correlatie tussen immunologisch therapie-effect en klinische uitkomst. Mogelijk is het immunologische effect mogelijk niet groot genoeg in een groot deel van de patiënten. Er zijn namelijk tal van barrières die moeten worden geslecht voor een optimale werking van DC therapie. Hierbij kan je denken aan verbetering van de activiteit van de DCs zelf of verbeterde migratie van de DCs naar de lymfeklier, maar ook aan het omzeilen van de immunosuppressieve werking van de TME door bijvoorbeeld CIs. Middels een review bespreken we hoe we deze hordes kunnen nemen door gebruik te maken van reeds bestaande therapieën, zoals chemotherapie, radiotherapie en immunotherapie. Specifiek de potentiële synergie van CI's en DC therapie onderzoeken we verder, waarbij we laten zien dat CI behandeling na DC therapie veilig en uitvoerbaar is en leidt tot klinisch veelbelovende resultaten bij 9 patiënten met PM. Daarnaast tonen we in muizen aan dat gelijktijdige behandeling met DC therapie en CIs resulteert in een langere overleving dan wanneer beide therapieën alleen worden gegeven. Gezien de huidige eerstelijns behandeling voor PM patiënten bestaat uit dubbele CI behandeling, zou gelijktijdige DC therapie hier een aanvulling op kunnen zijn. Uiteraard is hier aanvullend onderzoek voor nodig om de veiligheid en effectiviteit uit te zoeken.



In search of markers associated with morbidity and mortality in COPD

Samenvatting proefschrift Emanuel Citgez

University of Twente, 3 oktober 2025

Promotor: Prof. dr. J.A.M. van der Palen

Copromotor: Dr. M.G.J. Brusse-Keizer

Het hoofddoel van dit proefschrift was het zoeken naar markers die verband hielden met morbiditeit en mortaliteit in een groot prospectief single-center chronisch obstructieve longziekte (COPD) cohortonderzoek uit Enschede, Nederland: de COMIC studie. In totaal werden 795 patiënten geïncludeerd met een follow-up periode van ten minste drie jaar. Morbiditeit werd gedefinieerd als gehospitaliseerde (ernstige) acute exacerbatie COPD (AECOPD) en community-acquired pneumonie (CAP). Mortaliteit was gedefinieerd als 'all-cause' mortaliteit.



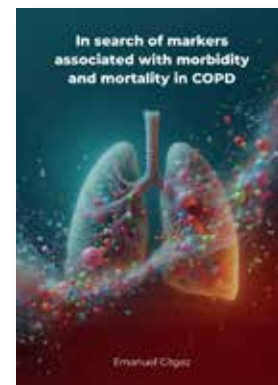
Allereerst leidde in onze studie het gebruik van statines tot een betere algehele overleving; in de sensitiviteitsanalyses waarbij de zogenoemde "immortal time" werd uitgesloten, verdween deze associatie echter. Statinegebruik was ook niet geassocieerd met ernstige AECOPD of met CAP. Dit betekent dat er geen rol is voor het standaard voorschrijven van statines voor al onze COPD-patiënten, anders dan de aanbevelingen van nationale en internationale richtlijnen voor cardiovasculair risicomanagement. Vervolgens onderzochten wij diverse bloedbiomarkers bij deze COPD-patiënten, gemeten in stabiele fase van de COPD en tijdens een ernstige AECOPD. Wij vonden dat de biomarker MR-proADM, gemeten in de stabiele fase van COPD, geassocieerd was met een 30% hoger risico op een daaropvolgende ernstige AECOPD. Daarnaast waren verhoogde in stabiele fase gemeten waarden van de biomarkers MR-proADM en fibrinogeen geassocieerd met een verhoogd overlijdensrisico (een verdubbeling van de fibrinogeen en MR-proADM waarden ging gepaard met respectievelijk een 2,2 en 2,1 keer verhoogd risico op overlijden). Alhoewel beide biomarkers aan elkaar gerelateerd leken, was er slechts een zeer zwakke correlatie tussen beide. Dit suggereert sterk dat beide biomarkers verschillende biologische processen weerspiegelen en als zodanig een ander deel van de onderliggende (systemische) ontsteking bij COPD omvatten.

Een relevante subgroep (20-40%) van de COPD-populatie heeft een eosinofiel fenotype dat waarschijnlijk gelinkt is aan

onderliggende type 2 inflammatie, gelijkend aan wat kan worden gezien bij patiënten met astma. Het bloed eosinofielen getal kan fungeren als surrogaatmarker voor deze inflammatie. Wij hebben vastgesteld dat het bloed eosinofielen aantal gemeten tijdens een ernstige AECOPD, ongeacht welke afkapwaarde, geen betrouwbare prognostische marker bleek voor daaropvolgende morbiditeit en mortaliteit. Onze studie toonde wel aan dat de stabiliteit van de eosinofielen categorisatie over twee opeenvolgende ernstige AECOPD's beperkt was en varieerde tussen de 70% en 85%. Van de patiënten die eosinofiel waren bij de eerste AECOPD bleef slechts 34%-45% eosinofiel bij de daaropvolgende AECOPD, terwijl 9%-21% van de patiënten die niet-eosinofiel waren bij de eerste AECOPD eosinofiel werden bij de daaropvolgende AECOPD. Daarnaast verlaagde recent gebruik van corticosteroïden het aantal eosinofielen, maar normaliseerde dit het niet en had het geen invloed op de stabiliteit van de eosinofielen categorisatie. Onze studie concludeert dat de variabiliteit van eosinofielen bij opeenvolgende AECOPD's leidt tot categoriewijzigingen en dat daarom het eosinofielen aantal bij elke nieuwe ernstige AECOPD opnieuw bepaald moet worden. Mede vanwege deze resultaten hebben wij in een apart hoofdstuk een voorstel gedaan voor de introductie van gepersonaliseerde en biomarker-gestuurde zelfbehandelingsstrategieën voor onze COPD-patiënten en benoemen we de obstakels die dan nog overwonnen moeten worden.

Ten slotte onderzochten wij de hypothese dat COPD-patiënten die na influenzavaccinatie geen seroprotectieve titers bereiken, een minder immuuncompetente groep vormen met een hoger risico op morbiditeit en mortaliteit. Onze resultaten tonen aan dat slechts 42% van de COPD-patiënten in de COMIC-studie na vaccinatie seroprotectieve niveaus tegen zowel H1N1 als H3N2 bereikten. Dit was echter niet geassocieerd met minder morbiditeit of lagere mortaliteit. Of dit betekent dat de immuunstatus geen relevant fenotype is bij COPD-patiënten voor het beloop van hun ziekte, of dat seroprotectie geen adequate (surrogaat)marker is om de immuunstatus bij COPD te definiëren, dient verder onderzocht te worden.

De volledige proefschriften kunt u downloaden op de site van de [NVALT/wetenschap/proefschriften](https://www.nvalt.nl/wetenschap/proefschriften)



Depressies bij chronische ziekten: gloort er een nieuwe behandelvorm voor COPD?

Een gesprek met Prof. Robert Schoevers en Prof. Huib Kerstjens

COPD is niet alleen een fysieke aandoening; het grijpt ook diep in op het mentale welzijn van patiënten. Depressie en existentiële angst komen veel voor, maar conventionele behandelingen bieden vaak onvoldoende verlichting. In het UMCG is men gestart met onderzoek naar psilocybine bij COPD. Psilocybine is een psychedelische stof die in combinatie met psychologische begeleiding mogelijk een doorbraak zou kunnen betekenen. Wat maakt deze aanpak zo bijzonder? Hoe verloopt het onderzoek? En welke hoop biedt het voor de toekomst? We spraken met Robert Schoevers en Huib Kerstjens, psychiater respectievelijk longarts en beiden hoogleraar in Groningen.

Hoe groot is het probleem van depressie bij patiënten met COPD en hoe verhoudt zich dit tot andere chronische ziekten?

De impact van ongeneeslijke ziekten als COPD is groot. Robert Schoevers: 'Het heeft grote gevolgen voor iemands fysieke, emotionele, sociale en spirituele welbevinden. Dit zowel voor de patiënt zelf als voor de mensen in diens omgeving. Het verandert iemands levensperspectief.' De ziekte kan leiden tot persoonlijke groei en acceptatie, maar ook tot ernstige psychische nood. Depressie en angst komt bij een aanzienlijk deel van deze patiënten voor. Schoevers: 'Verlies van hoop en betekenis zorgt voor allerlei emoties. Het kan ertoe leiden dat mensen niet meer in staat zijn om zich te verenigen met hun ziekte. Of ze kunnen niet meer goed rouwen en dat delen met hun dierbaren. Eigen blokkades, maar ook gevoelens van schuld of schaamte, kunnen daarbij een rol spelen. Een bijkomende depressie heeft vaak ook fysieke consequenties, zoals in het stress- en het immuunsysteem, met innerlijke onrust, angst en slaapproblemen, om maar iets te noemen. Dat kan zich uiten in een ongunstiger beloop van een chronische ziekte zoals COPD'.

Huib Kerstjens vult aan hoe belangrijk het herkennen van co-morbiditeiten zijn bij COPD. "COPD is zoveel meer dan kortademigheid bij inspanning, hoesten en sputum opgeven. Daaronder zeker ook angst en depressies, waarbij cijfers sterk variëren per studie. Vanaf 11% over alle leeftijden en GOLD stadia tot 80% in verzorgingstehuizen. Zelfs die 12% is al enorm, maar diegenen die bij de longarts komen hebben doorgaans ernstiger stadia en problemen.

Zijn die cijfers anders dan in de algemene Nederlandse bevolking? En is de behandeling anders bij mensen met COPD?

Schoevers antwoordt dat het voorkomen van depressie bij patiënten met een chronische ziekte zoals COPD ongeveer tweemaal zo hoog ligt als in de algemene bevolking. De behandeling van depressie is in principe hetzelfde, maar helaas zijn zowel antidepressiva als psychotherapie minder effectief dan bij mensen zonder een lichamelijke ziekte. Daarbij kan het lang duren voor iemand een positief effect merkt van die behandeling.



Prof. Robert Schoevers, psychiater en Prof. Huib Kerstjens, longarts

En dan zouden paddo's een alternatief kunnen zijn?

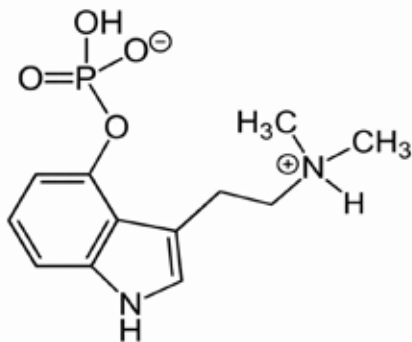
"Ja, voor mensen zonder bijkomende chronische ziekte zoals COPD weten we al langer dat psilocybine, de actieve stof uit paddo's, een rol kan spelen" zegt Schoevers. "De effectiviteit is onder andere aangetoond in een grote internationale studie die in de NEJM is gepubliceerd, en er loopt allerlei vervolgonderzoek. Het is echter niet zeker of dat bij een depressie, die wellicht veroorzaakt of verergerd is door een chronisch progressieve ziekte, hetzelfde effect heeft. De vraag of psilocybine ook effectief is bij COPD-patiënten met stemmingsklachten zoeken we nu uit in een grote Europese studie, genaamd PsyPal (EU Horizon subsidie van 6,5 Milj Euro). Overigens voor de goede orde, psilocybine heeft voor deze indicatie nog geen registratie.'

Hoe ziet zo'n behandeling er uit? Betekent dat levenslang dagelijks psilocybine?

'Nee helemaal niet, we zijn juist op zoek naar een langdurend effect', aldus Schoevers. 'De behandeling wordt gegeven in twee behandelsessies, waarbij iemand het middel inneemt en dan gedurende meerdere uren de invloed daarvan ervaart. Je maakt eigenlijk een soort innerlijke reis, waar je allerlei zaken kunt tegenkomen die van belang zijn bij hoe je je voelt in het hier en nu. Voorbeelden zijn situaties, emoties, soms verdriet of dingen die je heel erg dwars zitten en waarmee je wilt afrekenen. Je wordt bij die sessies begeleid door ervaren therapeuten. Met hen bespreek je ook wat je zoal bent tegengekomen, en hoe dat relateert aan het hier en nu. Dat kan voor mensen een heel krachtige positieve ervaring zijn.'

Dus het is niet alleen het medicament zelf, er komt meer bij kijken?

'Dat klopt. De begeleiding en de gesprekken zijn een heel belangrijk onderdeel van de behandeling. De behandeling is verdeeld in 3 stappen en duurt 6 weken waarin in totaal 10 sessies met een psychotherapeut. Eerst een uitgebreide



Structuurformule van psilocybine



Gedroogde psilocybe-paddenstoelen, met de karakteristieke blauwe verkleuring aan hun steel.

voorbereiding, vervolgens begeleiding van de sessies en daarna een aantal nagesprekken. In de eerste, voorbereidingsfase zijn er drie sessies op verschillende dagen met de therapeuten. Zo leert iedereen elkaar kennen, wordt er vertrouwen opgebouwd en samen een therapieplan gemaakt. Ook worden wederzijdse verwachtingen besproken.

Op twee verschillende dagen krijgen patiënten de actieve dosering (15 mg) of een lage, onwerkzame dosering als placebo (1 mg). Na 2 weken komt er eenmalig een tweede dosering, die alleen in de actieve groep een iets hogere dosering bevat (25mg). Voor de placebogroep bieden we na het onderzoek de mogelijkheid aan om alsnog de hoge dosering van psilocybine (25 mg) te krijgen.

Na de toedieningen zijn er 5 gesprekken met de therapeuten. Samen wordt dan op de ervaring teruggekeken, en hoe je die een plek kunt geven in het dagelijks leven. Het raakt patiënt en ook diens naasten die vaak heel erg meeleven.'

Klinkt wel tamelijk intensief...

'Zeker, dat is het, en het is belangrijk dat eerlijk aan te geven' vindt Kerstjens. 'Overigens kan een deel van de gesprekken ook online worden gedaan. Ook worden er nog een aantal vragenlijsten afgenomen, alsook 3x bloed. Om een eventueel effect op de COPD te beoordelen komen daar nog 2 x longfunctiemetingen bij, en een SGRQ en CAT.'

Hoe reageerden patiënten en hun families op het idee van psilocybine-therapie? Zijn er zorgen of misvattingen waar je tegenaan liep?

Als je er voor het eerst van hoort, kan Schoevers zich goed voorstellen dat het een beetje raar overkomt. 'Waarom zou je een middel gebruiken dat ook bekend is als ingrediënt van paddo's, als een soort drugs? En heel belangrijk om te weten, psilocybine is helemaal niet verslavend! Dat is heel anders dan bij andere middelen, of bij roken om maar iets te noemen.'

Wat is het selectieproces voor de patiënten en welke criteria zijn hierbij doorslaggevend?

Dat selectieproces is voor de longarts eigenlijk best eenvoudig, zo geeft Kerstjens aan. 'COPD met heel weinig extra voorwaarden: geen ondergrens FEV1 of beperking over bijvoorbeeld zuurstof, laatste 4 weken geen exacerbatie/longaanval, geschatte levensverwachting ten minste een half jaar (hoe moeilijk ook te voorspellen juist bij COPD). En natuurlijk een voorgeschiedenis met depressie, of bekend met sombere gedachten in het hier en nu, of met gebruik van antidepressiva. Lang niet altijd staat het woord depressie zo duidelijk in de status of op het netvlies. Maar ook dan is het verstandig om eraan te denken'.

'Tja, en hoe open je het gesprek daarover? Van longarts Kris Mooren leerde ik mooie openingszinnen om een gesprek op gang te brengen. In deze situatie werkt het volgende voor mij goed: Veel mensen met COPD ervaren gevoelens van verdriet, hopeloosheid of angst. Geldt dat ook voor u? De diagnose depressie hoeft overigens niet door de longarts gesteld te worden. Die wordt in de studie door de afdeling psychiatrie o.b.v. gestandaardiseerde beoordeling formeel gesteld.'

Het zou mooi zijn als deze aanpak iets kan betekenen voor mensen met COPD en een depressie. Maar depressie komt ook bij veel andere chronische aandoeningen voor.

Klopt. De PsyPal studie is een grote studie naar het effect van psilocybine bij 4 verschillende chronische en doorgaans progressieve ziekten. In Lissabon worden mensen gezien met een agressieve Parkinson variant, in Praag met MS, en in Kopenhagen met ALS. En in Groningen dus met COPD, en mogelijk ook straks Parkinson.

Info voor zorgprofessionals: palliativeprojects.eu/psypal
Info voor patiënten: www.umcg.nl/-/medisch-wetenschappelijk-onderzoek/psypal

Nicotinegebruik legt druk op de acute zorg: lessen uit de VAP ED studie

Nicotinegebruik wordt vaak geassocieerd met chronische lang termijnschade: longkanker, COPD en hart- en vaatziekten die zich pas na jaren manifesteren. De landelijke VAP-ED flashmobstudie laat echter zien dat nicotine ook op de SEH een substantiële en meetbare impact heeft op de acute zorg. Door nicotinegebruik systematisch in kaart te brengen op de spoedeisende hulp (SEH) wordt voor het eerst zichtbaar hoeveel patiënten zich met acute klachten presenteren waarbij nicotinegebruik een directe of bijdragende rol speelt.

Tijdens een 24-uursmeting in november 2025 werd op 67 van de 78 Nederlandse SEH's geregistreerd of patiënten van 12 jaar en ouder nicotine gebruikten. Van deze patiënten gebruikte 21% een nicotineproduct. Volgens de behandelend arts waren de klachten bij 7% van deze gebruikers volledig toe te schrijven aan nicotinegebruik. Bij nog eens 44% werd nicotine gezien als een mogelijke of deels verklarende factor, met name bij respiratoire klachten. Extrapolatie van deze cijfers naar landelijke jaarcijfers wijst op circa 26.500 SEH-bezoeken per jaar die volledig door nicotinegebruik worden veroorzaakt en in totaal bijna 193.000 bezoeken waarbij nicotine een rol speelt.

Vapen en snus: een groeiende uitdaging, vooral bij jongeren

Hoewel traditionele sigaretten met 86% nog steeds het meest gebruikte nicotineproduct zijn onder SEH-patiënten, laat de studie zien dat andere producten terrein winnen. Negen procent van de nicotinegebruikers gebruikte vapes,

eenzelfde percentage rookte sigaren of cigarillo's, en vijf procent gebruikte andere producten zoals snus of shag. Bij tien procent was sprake van duaal gebruik, waarbij meerdere nicotineproducten naast elkaar worden gebruikt.

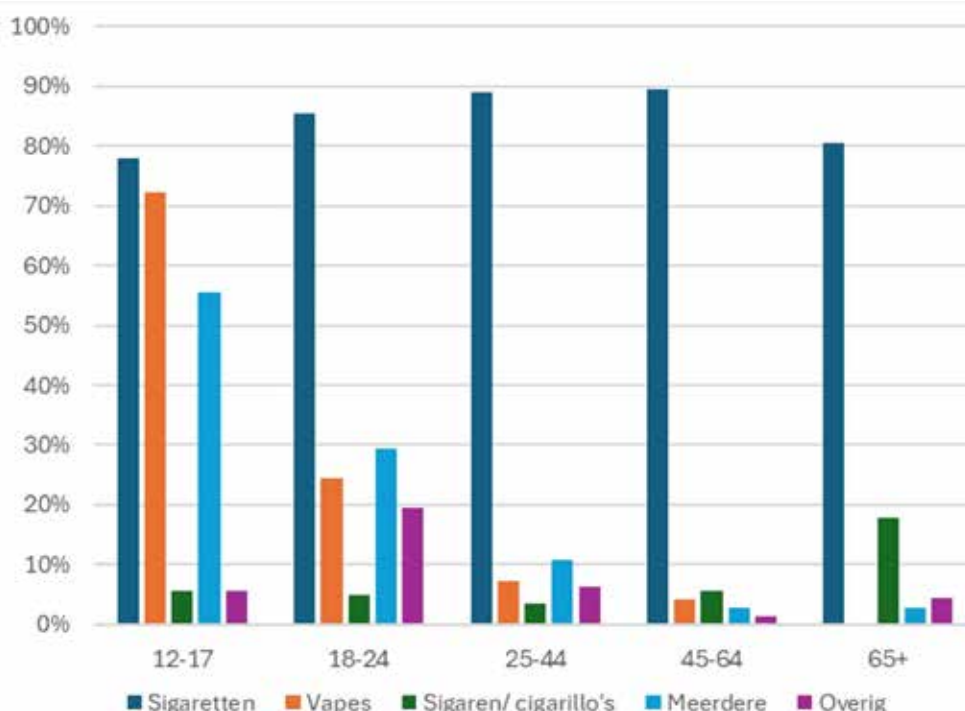
Deze verschuivingen zijn vooral zichtbaar bij jongeren en jongvolwassenen. Onder 12- tot 18-jarigen gebruikte 17% een nicotineproduct; onder 18- tot 25-jarigen liep dit op tot 35%. Opvallend is dat ruim de helft van de jongeren aangaf ooit met vpen te zijn begonnen, terwijl bij de meerderheid inmiddels sprake was van duaal gebruik, meestal een combinatie van vapes en sigaretten. Hoewel snus in deze studie nog geen groot aandeel had onder SEH-patiënten, laat het gebruik van alternatieve nicotineproducten zien dat de nicotine-epidemie zich aanpast aan nieuwe generaties.

Bij jongeren en jongvolwassenen werden de klachten in zeventien gevallen mogelijk door nicotine veroorzaakt; in één geval was de behandelend arts hier zeker van. Hoewel deze absolute aantallen klein lijken, zijn ze relevant omdat het om jonge patiënten gaat die zich presenteren met acute klachten in een levensfase waarin chronische gezondheidsschade vaak nog ver weg lijkt. Nicotinegebruik onder jongeren vertaalt zich niet alleen in toekomstige risico's, maar ook in directe zorgvraag.

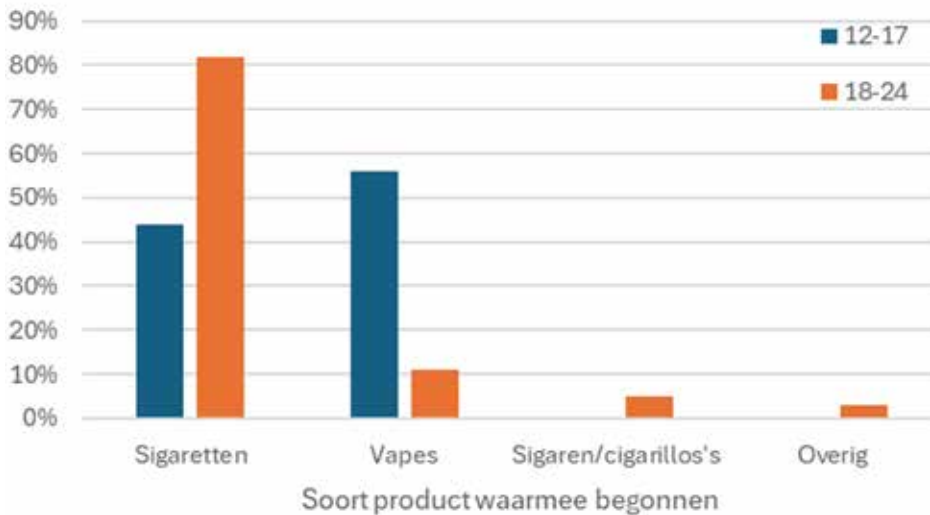
De SEH als aangrijpingspunt voor stopzorg

Een belangrijk onderdeel van de VAP-ED studie was het toepassen van stopadvies op de SEH. Tijdens de studiedag werd

Figuur 1: Van de patiënten die nicotineproduct gebruiken: het percentage gebruikers per product en leeftijd.



Figuur 2: Van de patiënten die nicotine gebruiken: het nicotineproduct dat zij als eerst gebruikten.



het Very Brief Advice plus (VBA+), ontwikkeld door het Trimbos-instituut, ingezet. Dit korte stopadvies bleek bij 73% van de nicotinegebruikers uitvoerbaar, ondanks de drukke en acute setting van de SEH.

Van de patiënten bij wie het VBA+ werd toegepast, gaf 51% aan een wens te hebben om te stoppen met nicotinegebruik. Bij 47%, in absolute aantallen 133 patiënten, leidde het stopadvies tot een warme verwijzing naar stopzorg. Deze cijfers zijn relevant omdat ze laten zien dat motivatie voor gedragsverandering juist in een acute zorgcontext aanwezig kan zijn. Het SEH-bezoek fungeert daarbij als een zogenaamd 'teachable moment', waarin patiënten ontvankelijk zijn voor advies over gezondheidsgedrag.

Vervolgstappen en structurele inbedding

Naar aanleiding van de VAP-ED studie wordt gewerkt aan een korte standard operating procedure (SOP) voor de SEH. In dit protocol wordt beschreven hoe het stopadvies gegeven kan worden en hoe zorgprofessionals ondersteund worden bij het realiseren van een warme verwijzing naar stopzorg via het VBA+. Daarnaast worden posters ontwikkeld met QR-codes, waarmee zorgverleners patiënten snel en laagdrempelig kunnen doorverwijzen.

De ambitie is om stopadvies een vast onderdeel te maken van de werkzaamheden op de SEH. Daarmee verschuift nicotinezorg van een vrijblijvende extra naar een structureel onderdeel van acute zorgverlening.

Implicaties voor zorg en beleid

De VAP-ED studie maakt duidelijk dat een gerichte aanpak van nicotinegebruik niet alleen bijdraagt aan het verminderen van langer-termijn-morbiditeit, maar ook potentieel duizenden acute SEH-presentaties per jaar kan voorkomen. Voor longartsen en andere betrokken specialisten biedt dit een kans om de verbinding tussen acute en chronische zorg te versterken.

Bovendien onderstreept de studie de noodzaak om rook- en nicotine-stopzorg aan te passen aan een nieuwe generatie gebruikers, waarin vaperen en duaal gebruik een prominente rol spelen. De boodschap is helder: nicotine is geen abstract toekomstig probleem, maar een actuele oorzaak van acute zorgbelasting: zichtbaar, meetbaar en daarmee ook aan te pakken.

Nicole Kraaijvanger, Esther Croes, Frank Borm, David Baden, Danielle Cohen.



Scholing tuberculose coördinatoren

Op 29 en 30 januari vond de jaarlijkse tweedaagse cursus voor tbc-coördinatoren plaats in het gebouw van de Joodse Invalide aan de Nieuwe Achtergracht in Amsterdam, tegenwoordig de zetel van de GGD. Dit historische pand met een trieste historie, biedt nu een sfeervolle locatie met geweldig uitzicht over Amsterdam. Wij waren de laatste deelnemers die mochten genieten van 'de Staalkamer' in zijn huidige staat, het gebouw staat momenteel in de steigers voor een uitgebreide renovatie.

De cursus startte met een opening over de rol van de tbc-coördinator. De praktische tips over hoe we de zorg in onze eigen ziekenhuizen kunnen verbeteren, waren bijzonder welkom, vooral voor de collega's die de titel 'tbc-coördinator' hadden gekregen zonder echt te weten wat dat nu precies inhield. Geen zorgen, je bent niet alleen!

De diagnostiek en de beperkingen hiervan, waren uiteraard een belangrijk thema, maar vooral lag de nadruk op het herkennen van tuberculose in een complex zorglandschap, waarin meerdere factoren de klinische besluitvorming kunnen beïnvloeden. Het is geen 'kookboekgeneeskunde', maar het zijn keuzes die afhankelijk zijn van de patiënt en zijn of haar context. We leerden over de nuances van de verschillende behandelopties en hoe we deze

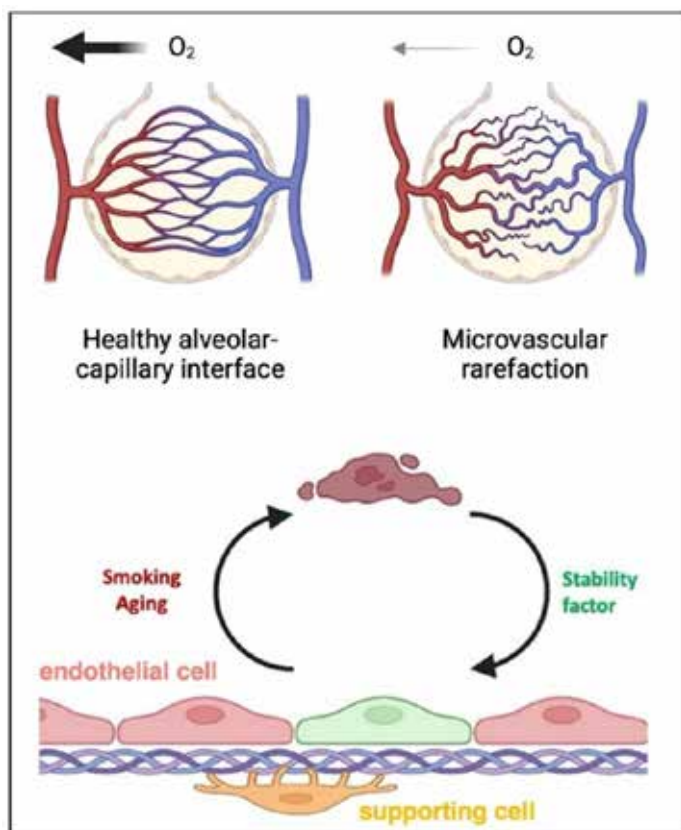
effectief kunnen inzetten, ook wanneer we niet altijd de ideale middelen tot onze beschikking hebben. Hierbij kwam ook de rol van de publieke gezondheidszorg uitvoerig aan bod. En als je twijfelt over je aanpak, hoef je niet in je eentje te worstelen, er zijn altijd de klinisch consulenten TB in Groningen of Nijmegen die je kunnen helpen.

Wat de cursus extra waardevol maakte, was de laagdrempelige en interactieve sfeer. We zaten in een kleine groep aan een ronde tafel, samen met de sprekers, waardoor iedereen makkelijk mee kon praten en vragen kon stellen. Het voelde bijna als een gesprek in plaats van een les. Doordat de groep niet te groot was, was het ook heel makkelijk om in contact te komen met onze collega's uit ziekenhuizen en GGD. Altijd leuk en inspirerend om ervaringen te delen en elkaar beter te leren kennen. Dit kon nog verder worden uitgediept tijdens de wandelingen tussen GGD, hotel en restaurant. Wij gingen na twee dagen vol nieuwe kennis en inspiratie naar huis, de cursus is een absolute aanrader voor de collega met affiniteit voor tuberculose.

*Uraujh Yousaf – Khan, Longarts van Weel-Bethesda Ziekenhuis
Mirjam Kieft, Longarts Hagaziekenhuis*



VIDI voor Jurjan Aman



Op 12 oktober kreeg Jurjan Aman, longarts in Amsterdam UMC te horen dat zijn onderzoeksvorstel door NWO beloond is met de prestigieuze VIDI prijs. Jurjan Aman maakt als klinisch werkend longarts onderdeel uit van het pulmonale hypertensie team van Amsterdam. Qua onderzoek richt hij zich op de biologie van vaatremodellering van patiënten met pulmonale arteriële hypertensie en chronische tromboembolische pulmonale hypertensie. Bij deze aandoeningen is de aandoening primair gelegen in het pulmonale vaatbed. De achterliggende gedachte bij het VIDI voorstel is dat pulmonale vaten ook een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van andere longaandoeningen zoals longemfyseem. Met name uit dieronderzoek blijkt dat als je bloedvaten beschermt je emfyseemvorming voorkomt. Van ouds richt de longarts zich op de luchtwegen (epitheel) maar het kan zo maar zijn dat uit het onderzoek van Jurjan volgt dat endotheel van de bloedvaten een net zo belangrijk therapeutisch aanknopingspunt gaat bieden. Als longartsengroep van Amsterdam UMC en pulmonale hypertensieteam zijn we buitengewoon trots op deze prestatie van Jurjan en wensen hem het allerbeste toe met dit onderzoek.

Samenvatting onderzoeksvorstel Jurjan Aman

De microcirculatie is essentieel voor zuurstofopname. De omvang en integriteit van de microcirculatie (met name het capillaire

bed) bepaalt direct de mate van zuurstofopname en de peak VO₂ tijdens inspanning. Hoe hoger de densiteit van de long microcirculatie, hoe hoger de peak VO₂ (zie bijvoorbeeld de Indische gans). Het tegenovergestelde proces, het verdwijnen van deze kleine bloedvaatjes of 'microvascular rarefaction', wordt gezien bij verschillende chronische longziekten, zoals pulmonale arteriële hypertensie (PAH), emfyseem en longfibrose. Een interessante observatie is dat microvascular rarefaction vaak al optreedt vóórdat typische weefselveranderingen, zoals emfyseem of fibrose, zichtbaar worden. Dat suggereert dat de long microvasculatuur, naast zuurstofopname, ook essentieel is voor onderhoud van longweefsel. Desondanks is nog weinig bekend over de moleculaire basis van homeostase en verlies van longcapillairen. Het VIDI project richt zich op de ontdekking van genen/eiwitten die essentieel zijn voor onderhoud van deze bloedvaten ('stability factors'). Met hulp van bestaande data, gekweekte patiëntcellen en complexe ziektemodellen zal hij vaststellen wat centrale 'stability factors' zijn, welke role deze 'stability factors' spelen in de homeostase van de long microvasculatuur, en of activering van 'stability factors' ziekteprogressie kan tegengaan.

Prof. dr. A. Vonk Noordegraaf

Antwoord WIDD van pagina 20

De klachten bleken te berusten op een achtergebleven hechtdraadje in de luchtwegen na eerdere lobectomie, waarop zich een schimmelbal had gevormd (Aspergillus). Het hechtdraadje werd bronchoscopisch verwijderd. Sinds deze ingreep zijn de hoestklachten volledig verdwenen.



Huidige top 5 WIDD seizoen 2025/20256

1. Isala
UMCU
2. UMCG
Radboud UMC
3. HagaZiekenhuis
4. Noordwest Ziekenhuisgroep
5. Catharina ziekenhuis Eindhoven

Prof. Dr. Jules van den Bosch symposium XIV

Progressive pulmonary fibrosis; an interplay between autoimmunity, inflammation and fibrogenesis

Op 8 januari vond de veertiende editie van het jaarlijks gehouden Prof. dr. Jules van de Bosch Symposium plaats. Het symposium bood een uitgebreid en inhoudelijk sterk programma gericht op de interactie tussen systeemziekten en interstitiële longziekten (ILD). Nationale en internationale experts op het gebied van immunologie, reumatologie en longziekten belichtten zowel fundamentele pathofysiologische mechanismen als klinische implicaties voor diagnostiek, prognose en behandeling.

De ochtend startte onder leiding van chairs Renske Vorselaars (UMCU) en Marian Quanjel (St. Antonius Ziekenhuis) met een presentatie van Helen Leavis, klinisch immunoloog UMCU, over de immunologische basis van auto-immuunziekten. Zij benadrukte de centrale rol van immunologische tolerantie en de wijze waarop verstoring hiervan leidt tot auto-immuniteit. Genetische en omgevingsfactoren hebben hierbij substantiële invloed op het ontstaan en beloop van auto-immuunziekten. Zij illustreerde op fraaie wijze hoe toenemend begrip van de pathofysiologie kansen biedt voor de ontwikkeling van nieuwe behandelingen.

Anna Hoffmann vervolgde met een overzicht van de nieuwe EULAR richtlijn voor ILD bij systemische aandoeningen. Zij presenteerde verschillende screeningsalgoritmen afgestemd op specifieke diagnoses, zoals systemische sclerose, MCTD, idiopathische inflammatoire myopathieën, reumatoïde artritis en het syndroom van Sjögren. De richtlijnen kunnen ons als longarts steunen in de dagelijkse praktijk bij behandelstrategieën, het inschatten van prognose, risico op progressie en het identificeren van patiënten met een verhoogde kans op ernstig ziektebeloop. Prof. Hoffmann benadrukte wel dat veel aanbevelingen nog voornamelijk praktijk gestuurd zijn en beperkt worden ondersteund door robuust wetenschappelijk bewijs.

Jan Grutters richtte zich op de behandeling van fibrotische ILD bij systemische ziekten. Hij onderstreepte dat ILD bij patiënten met een CTD niet per definitie CTD ILD betreft en dat een brede differentiaaldiagnose noodzakelijk blijft, onder meer vanwege mogelijke medicatie geïnduceerde ILD of overlappende ziektebeelden. De prognostische waarde van telomeerlengte werd uitgebreid besproken, evenals de toenemende aandacht voor UIP patronen in richtlijnen. De boeiende onderwerpen van de ochtend kwamen allen samen in de multidisciplinaire casusbespreking door longarts, radioloog en patholoog Frouke Van Beek, Lucianne Langezaal en Matthijs Van Oosterhout met een casus welke de complexiteit van diagnostiek bij zeldzame combinaties van silicose, pulmonale maligniteit en auto-immuniteit illustreerde. Onder leiding van chairs Thomas Koudstaal (Erasmus MC) en Bekir Karakaya (St. Antonius Ziekenhuis) presenteerde Thijs Hoffman in de middag de huidige kennis over telomeerbiologie en telomeergerelateerde aandoeningen. Screening op



telomeerziekten is aangewezen bij patiënten met ILD op jonge leeftijd (<50 jaar), bij familiale belasting en bij specifieke co-morbiditeiten. Hij zette de relatie tussen korte telomeren, het ontstaan van longfibrose en verminderde overleving onder immunosuppressieve therapie overtuigend uiteen. Het is een veelbelovend onderzoeksveld, en met de komst van TeloSeq technologie naar het Sint Antonius Ziekenhuis dit jaar, lijkt telomeerlengte een prominente rol te krijgen in de behandelkeuzes van interstitiële longziekten. Elizabetta Renzoni besprak nieuwe ontwikkelingen in progressieve pulmonale fibrose, waaronder de toepassing van e lung biomarkers en de resultaten van de Fibroneer studie. Keuzes ten aanzien van anti-inflammatoire en antifibrotische behandeling in het kader van progressieve pulmonale fibrose (PPF) zijn complex. De mogelijkheid om progressie eerder te detecteren dan met conventionele criteria zijn veelbelovend.

Het symposium werd afgesloten met een pro con debat tussen Wim Wuyts en Marcel Veltkamp over het inzetten van immunosuppressiva bij fibrotische hypersensitiviteitspneumonitis. De discussie benadrukte de afweging tussen inflammatoire pathogenese en progressieve fibrogenese. Ook werd stevig gedebatteerd over recente data waaruit een nadelige rol van immunosuppressiva naar voren lijkt te komen, wederom in de context van korte telomeerlengte.

De dag bood een breed en actueel overzicht van ontwikkelingen binnen het veld van fibroserende ILD en auto-inflammatoire aandoeningen. De vijftiende editie van het symposium staat alweer gepland en zal plaatsvinden op 14 januari 2027!

Juridische chatbot Lia

De Federatie Medisch Specialisten en de LAD breiden hun juridische dienstverlening uit met een juridische chatbot: Lia. Deze digitale assistent geeft 24 uur per dag, zeven dagen per week antwoord op juridische vragen en is bereikbaar via chatbot.demedischspecialist.nl. Met de introductie van Lia spelen de Federatie en de LAD in op de behoefte aan snelle, toegankelijke juridische informatie, gebaseerd op hun eigen juridische kennis en expertise.

Lia is nadrukkelijk bedoeld als aanvulling op de bestaande juridische ondersteuning. Wie liever persoonlijk contact heeft, kan - net als nu - gewoon terecht bij het Kennis- en dienstverleningscentrum van de Federatie en de LAD, waar juristen tijdens kantooruren klaarstaan voor persoonlijk advies. Zo combineert Lia directe digitale ondersteuning met de vertrouwde mogelijkheid om complexe of specifieke juridische vragen persoonlijk te bespreken.

Snel duidelijkheid

Volgens manager Adriaan Taselaar helpt Lia vooral om snel duidelijkheid te krijgen: 'Denk aan vragen als: hoeveel uren

mag ik maximaal werken, wat zijn mijn rechten bij ziekte of uitval, waar moet ik aan denken als ik toetreed tot een msb, en moet ik nachtdiensten draaien als ik zwanger ben? Lia helpt je direct op weg. En als je daarna toch behoefte hebt aan persoonlijk contact, dan staan onze juristen natuurlijk altijd voor je klaar.'

Juridische dienstverlening

Met Lia wordt een volgende stap gezet in het vernieuwen en versterken van de juridische dienstverlening aan medisch specialisten (in dienstverband en vrijgevestigd) en andere zorgprofessionals die zijn aangesloten bij de Federatie en de LAD. Jaarlijks kunnen zij 20 uur juridische dienstverlening krijgen. In 2025 behandelden juristen van het Kennis- en dienstverleningscentrum ruim 2.500 juridische vragen en dossiers op het gebied van onder andere arbeidsrecht, ondernemingsrecht en gezondheidsrecht. De dienstverlening wordt beoordeeld met een 8,8.

Snel antwoord op een juridische vraag?

Chat 24/7 met **Lia** via chatbot.demedischspecialist.nl

Federatie Medisch Specialisten

lad Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband

Kandidaat-leden

Margret Bij
AIOS Interne vooropleiding
Martini Ziekenhuis



Shaëlle Ons
AIOS Interne vooropleiding
HagaZiekenhuis



Erica Blaauwgeers-Ameling
Verpleegkundig Specialist
Meander Medisch Centrum



Job Schippers
AIOS Longopleiding
Erasmus MC



Camille Breukhoven
AIOS Interne vooropleiding
OLVG



Jules Souchon
AIOS Interne vooropleiding
Catharina Ziekenhuis



Renée Geraats
AIOS Interne vooropleiding
Radboudumc



Ivo Tolhuizen
AIOS Longziekten
Frisius MC Leeuwarden



Josefien Hessels
AIOS Interne vooropleiding
Sint Antonius Ziekenhuis



Sandra Venhoek
AIOS Interne vooropleiding
Rijnstate Ziekenhuis



Dorinde van der Horst
AIOS Interne vooropleiding
UMC Utrecht



Shenna Verheijen
AIOS Longopleiding
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis



Ryan Koffeman
AIOS Longopleiding
OLVG Oost



Pieta Wijsman
AIOS Longopleiding
Amsterdam UMC



Hester Martendorp
Physician Assistant
Flevoziekenhuis



Mariëlle Zuiddam
Physician Assistant
Isala Klinieken



Samantha McLean
Verpleegkundig Specialist (in opleiding)
Martini Ziekenhuis



Fleur Schroeten
AIOS Longziekten
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis



Jeroen Muller
Physician Assistant
Sint Antonius Ziekenhuis



Jet Nooteboom
AIOS Interne vooropleiding
Martini Ziekenhuis



Nieuw benoemde longartsen

Lian Geelen, opgeleid in
Catharina Ziekenhuis



Ymke Menger, opgeleid in
UMC Utrecht



Richard Hartman, opgeleid in
Isala Ziekenhuis



Mathieu Nicolai, opgeleid in
Frisius MC Leeuwarden



Laura van Hoorn, opgeleid in
Jeroen Bosch Ziekenhuis



Daan Riegman, opgeleid in
Amphia Ziekenhuis



Vivienne Kahlmann, opgeleid in
Erasmus MC



Anke Santema, opgeleid in
Frisius MC Leeuwarden



Lidian Kromhof, opgeleid in
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis



Nieuwe senior leden

Nelleke Koedoot
GGD Amsterdam



Roxana van Nispen-Dobrescu
Werkzaam als sociaal geneeskundige
bij de GGD West-Brabant
Overleden op 19-12-2025



Ernst Lammers
Gelre Ziekenhuizen



Kevin Wolters
Werkzaam als AIOS Longopleiding bij
Zuyderland Medisch Centrum
Overleden op 26-12-2025



Herman-Jan Pennings
Laurentius Ziekenhuis














Hans in 't Veen
Franciscus Gasthuis & Vlietland



Enkele belangrijke data

2026

-  15 april Webinar “Stoppen met roken in de medisch specialistische praktijk”
-  16 - 17 april NVALT voorjaarsdagen, Wageningen
- 6 mei LAN, ernstige COPD: richting geven aan palliatieve zorg, Amersfoort
- 11 - 12 mei Andreas cursus, Amsterdam
- 15 - 20 mei ATS, Chicago (VS)
-  26 mei Masterclass Ernstig Astma, Utrecht
-  27 mei Fysiologie in de dagelijkse praktijk, Utrecht
- 27 - 30 mei UEMS Congress, Leuven
-  28 – 29 mei Liverpool, palliatieve zorg door de ogen van de longarts, Apeldoorn
- 29 mei - 2 juni ASCO, Chicago (VS)
- 3 - 6 juni ECFS, Lissabon (PT)
- 10 - 12 juni Bronchoscopie cursus, Amsterdam
- 12 - 13 juni Pneumo Update, Salzburg (AU)
- 12 - 15 juni EAACI, Istanbul (TR)
-  18 - 19 juni Ergometriecursus, Utrecht
- 15 – 17 juni WASOG, Porto (PT)
- 5 - 9 september ERS, Barcelona, (ES)
-  5 – 8 september De Groene ERS, Rotterdam
- 12 - 15 september WCLC, Seoul (KOR)
-  24 - 25 september Allergie aan Zee
-  5 - 6 oktober NVALT Najaarsdagen, Amsterdam
- 7 - 10 oktober NACFC, Atlanta (VS)
- 17 - 20 oktober ACCP, Salt Lake City (VS)
-  20 - 23 oktober Sleep Europe Congres, Maastricht
- 23 – 27 oktober ESMO, Madrid, (ES)
- 18 - 21 oktober Chest, Phoenix (VS)
-  4 – 6 november Bomen over COPD, Oosterbeek
- 3 - 6 december WCBIP, Melbourne (AUS)

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