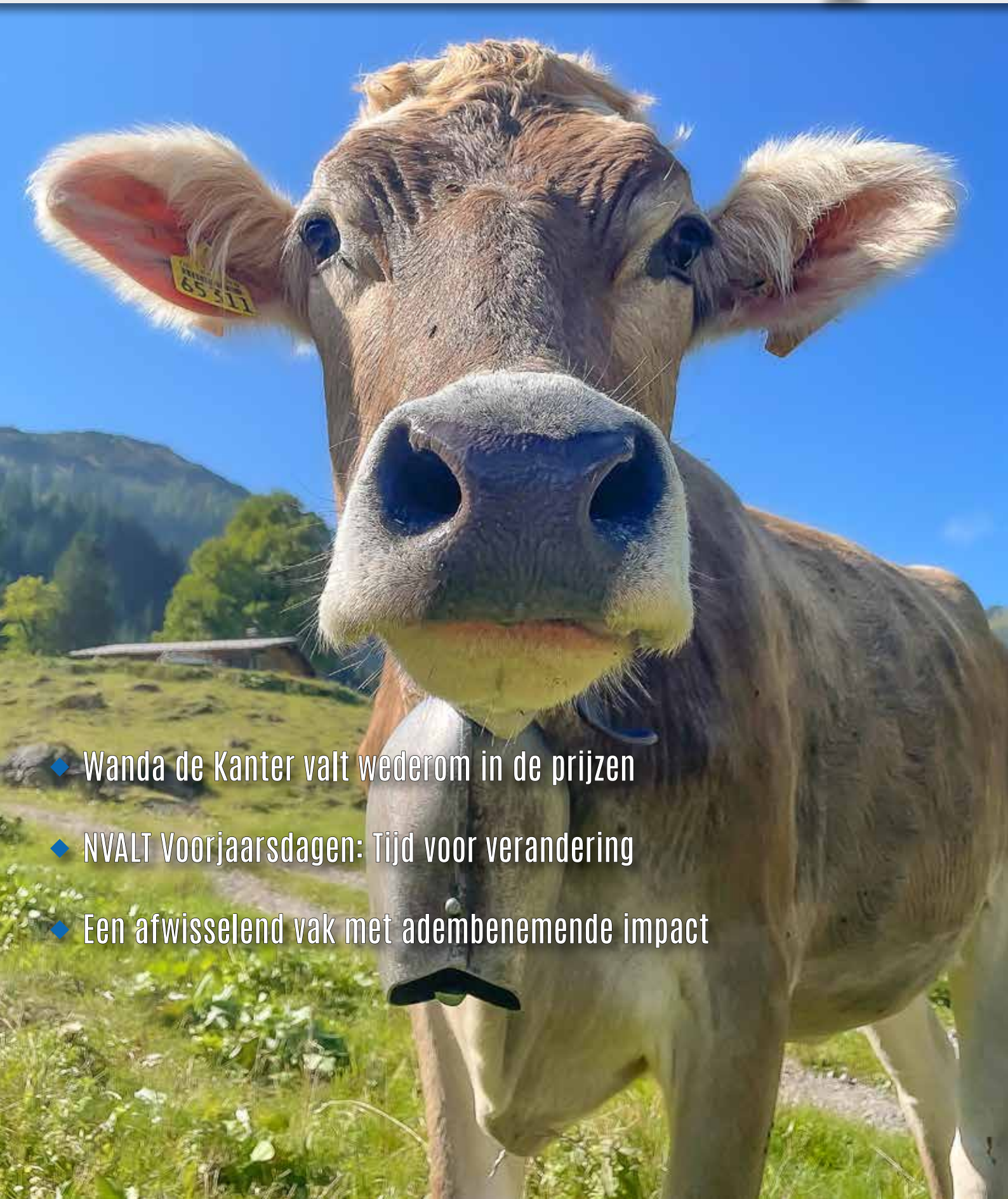


PulmoScript

Jaargang 37 ♦ juni 2026 ♦ 2



- ♦ Wanda de Kanter valt wederom in de prijzen
- ♦ NVALT Voorjaarsdagen: Tijd voor verandering
- ♦ Een afwisselend vak met adembenemende impact

Inhoud

Bestuur

Van de voorzitter	5
Van de secretaris	7
Verslag Algemene ledenvergadering	9
NVALT Voorjaarsdagen	10

Commissies en secties

Commissie accreditatie	12
Beleidscommissie Kwaliteit	13
AIOS bestuur	
• Wat is de diagnose	14
• Nationaal Coassistenten Congres	17

Interviews

Wanda de Kanter	18
Klaar: Herman-Jan Pennings	21
Klaar: Hans in 't Veen	24
Olaf Geerse: Supervisiestage op Curaçao	26

Nascholing

Minder profylaxe, zelfde veiligheid?	30
Proefschrift Vivienne Kahlmann	33
Highlights recente literatuur	34

En verder

De Longcast	36
Profilering van de longarts	38
Longgeneeskunde in een veranderend klimaat	40
Tien jaar zelfstandig NAD	42
Ontmoetingsdag KNCV	44

Personalia

NVALT innovatieprijs	46
	47

Congresagenda

Antwoord WIDD	49
	49



Colofon

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

Secretariaat NVALT en
Redactie PulmoScript

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



Redactieraad:

Lisette Kunz
Wilma Vlug

Coverfoto:

Hans-Jurgen Mager

Uiterste datum voor insturen kopij

Nr. 3, 10 augustus 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

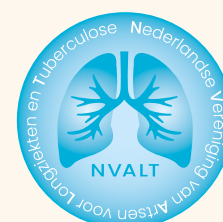
Drukwerk

Drukkerij Boonen, Hamont
www.drukkerijboonen.be

Verzending

Vogelaar, IJsselstein

ISSN 0925-4749



Van de voorzitter

Klaar is klaar (?)

Er zijn van die momenten in je carrière dat je beseft dat je ouder wordt. Bijvoorbeeld wanneer er steeds meer beeldbepalende collegae met pensioen gaan. In deze editie van de PulmoScript staan in dat kader interviews met Herman-Jan Pennings en Hans in 't Veen. Niet alleen gaan met deze twee collega's 'gewone longartsen' met pensioen, ook voor de NVALT waren en zijn zij erg van belang: Herman-Jan was 8 jaar lang onze secretaris en Hans is nog steeds onze afgevaardigde in het LAN-bestuur. Dat laatste heeft hij op de ALV vorige maand in Wageningen ook laten zien op het podium.

Er is trouwens, en dat wist u vast wel, een actieve commissie van oud-longartsen, die meestal in aansluiting op het najaarscongres samenkomen. Dat is een erg leuke gelegenheid om oud-opleiders en oud-collega's weer eens te zien. Er was ooit een vereniging van vrijgevestigde longartsen. Die vereniging is opgeheven, maar er bleek nog een bankrekening met enkele duizenden euro's te zijn. De oud-vrijgevestigde-longartsen hadden bedacht dat we daar via de NVALT een jaarlijkse prijs voor zouden kunnen oprichten. Dat leek het bestuur nou een superleuk idee. Zoals aangekondigd tijdens de ALV wordt deze fantastische geste verder uitgewerkt en zal op het najaarscongres bekend worden gemaakt voor wie, wat en hoe de prijs wordt vormgegeven.

De ALV in Wageningen was erg goed bezocht, dat was fijn voor de vereniging en voor ons als bestuur. Er waren goede discussies, o.a. over de wetenschap binnen de NVALT en we hebben de gelegenheid gekregen een aantal zaken te presenteren. Ook 'Het uur van het bestuur' tijdens het reguliere congresprogramma was een mooie gelegenheid om inhoudelijke onderwerpen vanuit het bestuur, zoals in dit geval het Beleidsplan Kwaliteit onder de aandacht te brengen. Het was weer eens wat anders: Wageningen in plaats van Papendal. Hemelsbreed niet zo ver van elkaar vandaan, maar wel een hemelsbreed verschil in aankleding, omgeving, inrichting van de koffieruimte met de stands, feest met DJ (!), etc. We hebben al veel reacties gezien in de evaluatie. We zullen daar eens even op gaan broeden. De DJ is waarschijnlijk wel een blijvertje... Maar eerst natuurlijk nog het najaarscongres op de locatie in Amsterdam.

Op de ALV is ook onze website werkenalsonlongarts.nl gepresenteerd, met daarin de gloednieuwe promotiefilm "Een afwisselend vak met adembenemende impact". De website is het resultaat van onze grote drijvende kracht Wilma en geeft de mogelijkheid centraal informatie te geven over ons vak en onze



opleiding zodat we maximaal rendement kunnen halen uit de arbeidsmarkt. Zegt het voort en laat vooral de film (1 minuut en 22 seconden) even zien bij de overdracht, een stafvergadering of een vergadering van het leerhuis in uw ziekenhuis. De film is ook erg bruikbaar voor momenten zoals het Nationaal Coassistenten Congres. Daar steekt het AIOS-bestuur altijd veel energie in. Ditmaal (eind maart jl.) wederom met de bronchoscoop-oefenpop, die op veel bekijks en enthousiasme mocht rekenen van de studenten.

Veel bekijks had ook de KNCV Ontmoetingsdag op 23 maart jl. in het Rijksmuseum in Amsterdam. Het was een leuke en waardevolle dag voor (ex-)patiënten en mensen die ooit met de tuberculosezorg te maken hebben gehad. Zie het artikel.

Om de cirkel van dit voorwoord rond te maken, verderop in deze PulmoScript staat een interview met Wanda de Kanter: haar viel zowel een eredoctoraat als de Els Borst Oeuvreprijs van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen ten deel. Twee zeer terechte onderscheidingen. Want al is Wanda al enige tijd klaar met het werk in de kliniek, ze is nog lang niet klaar met haar strijd tegen de tabaksindustrie. Proficiat Wanda!

Ik wens u veel leesplezier met deze PulmoScript.

Henk Kramer

Van de secretaris

Waarheid als een koe

Als ik dit stukje zou hebben geschreven in koeienletters, had ik de pagina snel gevuld en was ik snel klaar geweest. Maar dat zou Wilma vast niet op prijs hebben gesteld.... Er zijn veel spreekwoorden waarin koeien zijn 'verwerkt', zoals 'er is geen koe zo bont of er zit wel een vlekje aan', 'de koe bij de horens vatten', 'als de koeien op het ijs dansen', 'men weet nooit hoe een koe een haas vangt', 'koeien die loeien geven de minste melk' en nog veel meer. Elders in deze PulmoScript haalt Wilma oude koeien uit de sloot met betrekking tot de Longartsenweek.

Er zijn ongeveer 3,5 miljoen koeien in Nederland, waarvan een kleine miljoen voor vlees en 1,5 miljoen voor melk. Een melkkoe geeft tegenwoordig tot wel 60 liter melk per dag. Waar koeien in 1910 gemiddeld 2.500 liter melk per jaar per koe produceerden, is dat tegenwoordig (meer dan) 8000 liter, door selectief fokken en bijvoeren met krachtvoer. Wist u dat een koe geen boventanden heeft? De koe is een herkauwer en slikt het gras de eerste keer bijna zonder kauwen in. De koe heeft 4 magen (eigenlijk 1 maag met 4 compartimenten); als de eerste maag (de pens) vol is, komt het gras terug in de mond en kauwt de koe het fijn. Hierna wordt het opnieuw ingeslikt en in de pens door micro-organismen gefermenteerd. Vervolgens komt het voedsel in de netmaag, dan in de boekmaag en daarna in de lebmaag. Koeien zijn sociale beesten en hebben een uitstekend geheugen: ze kunnen snuiten van andere koeien en gezichten van mensen jarenlang onthouden. Hoewel ze kort slapen (anderhalf uur per etmaal), liggen ze tot wel 18 uur per dag. Koeien hebben een intern kompas: tijdens het grazen staan ze vaak precies in noord-zuid richting. Let er maar eens op als u langs een wei loopt.

Degenen van u die aanwezig waren op de voorjaarsdagen van de NVALT, zullen zich de presentatie herinneren over al hetgeen op het internet en social media geplaatst wordt over uiteenlopende medische zaken, door zelfbenoemde experts, die hun mening kracht bijzetten met moeilijke termen, of dikke boeken in beeld. Daarop reageren werkt vaak averechts. Beter is het om vanuit eigen kracht en kennis informatie te delen en dat is precies wat de NVALT gedaan heeft met het prachtige promotiefilmpje over het mooie werk van een longarts (waarheid als een koe), te zien op [werkenalslongarts.nl](#). Een promotiefilm is geen propaganda of reclamefilm, waarin koeien met gouden horens worden beloofd. De



mens wordt niet alleen gestuurd door ratio, maar ook door emotie, intuïtie en sociale dimensies. Onze hersenen geven de voorkeur aan simpele tegenstellingen boven genuanceerde verhalen. Social media zijn ontworpen om te informeren, maar ook om onze aandacht vast te houden voor commerciële en soms ideologische belangen, door ons brein te prikkelen en emoties op te roepen. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van automatische denkpatronen, mensen die zelfverzekerd overkomen, een titel dragen, of die we aardig vinden, worden al snel geloofwaardig geacht. Wanneer een bericht, een afbeelding of video sterke emoties oproept, is het goed om je af te vragen of het doel informeren of emotioneren is en wie er belang bij heeft. Gelukkig is er ook veel en steeds meer juiste informatie te vinden op social media en het internet (met of zonder AI). Ons promotiefilmpje is daar een mooi voorbeeld van.

Ik wens u fijne zomermaanden en als u tijdens uw vakantie langs koeien loopt, schenk ze eens wat extra aandacht.

Hans-Jurgen Mager

Verslag Algemene Ledenvergadering

Donderdag 16 april 2026

Hotel Wander te Wageningen

Het volledige verslag is te vinden op de website van de NVALT

Opening door Henk Kramer, voorzitter van de NVALT.

Longarts: Een afwisselend vak met adembenemende impact

De website Werkenalslongarts.nl en de verenigingsfilm die het vak van longarts belicht, worden gepresenteerd. Oproep is om deze film goed te gebruiken in de ziekenhuizen en te verspreiden via social media platforms.

Het verslag van de vorige ALV wordt onder dankzegging aangenomen.

Mededelingen

- Nieuwe bestuursleden Federatie Medisch Specialisten.
- Volumenormen tranche 2. Bij de eerste tranche was Longgeneeskunde betrokken. Er zijn hierdoor regionaal verschuivingen geweest. Er was binnen de Federatie en verenigingen veel discussie over het starten van een tweede tranche (waarin geen betrokkenheid Longgeneeskunde). Met het goed regelen van de randvoorwaarden zijn er zijn geen redenen voor de Federatie om deze tweede tranche niet te starten.
- Inventarisatie uitval longartsen en AIOS. Hier is een werkgroep mee bezig.
- Inventarisatie tijdsbesteding overlegvormen in ziekenhuis.
- Stand van zaken longkanker screening. Er zijn adviezen voorgelegd aan VWS en hierop is een reactie gekomen. Nu worden de adviezen verder uitgewerkt en daarna definitief naar VWS gestuurd.
- Meldpunt Vapen. Oproep: Ga naar de NVALT-site en meldt gezondheidsklachten die mogelijk worden veroorzaakt door vaperen.
- Oud-longartsen prijs. Er is budget beschikbaar van de oud-longartsen waarmee zij graag een prijs willen financieren.
- Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG). Op initiatief van de NVALT is een gezamenlijk traject gestart. Doel: helderheid in verantwoordelijkheden, wie-doet-wat, financiën etc.
- LINC – Longartsen Internisten Neurologen Connected.
- Federatie en de wetenschappelijke verenigingen zijn gestart met het project 'Fit for the future'.

Begroting 2026 en accordering jaarcijfers 2025

De jaarcijfers 2025 en begroting 2026 worden gepresenteerd door de accountant.

Jaarcijfers 2025. Goedgekeurd door de kascommissie en akkoord bevonden door de aanwezige leden.

Begroting 2026. Er is een negatieve begroting om geen winst te maken, dit gaat ten koste van de reserves die er zijn. Er wordt een personeelslid aangenomen voor wetenschap en innovatie. De contributie van de NVALT wordt niet verhoogd (wel geïndexeerd),

de contributie van de Federatie wordt wel verhoogd.

Goedgekeurd door de kascommissie en akkoord bevonden door de aanwezige leden.

Wetenschap en innovatie binnen de NVALT

Interactieve sessie aan de hand van stellingen geleid door Marieke Overbeek en Hans-Jurgen Mager.

Long Alliantie Nederland: nieuw meerjarenplan

Hans in 't Veen, afgevaardigde namens de NVALT in de LAN, geeft een toelichting over de Long Alliantie Nederland (LAN) en het meerjarenplan van de LAN.

Besluitvorming

- Oprichten commissie kennistoets
- Nieuwe organisatie van beleidscommissie opleiding (BCO)
- Fusie sectie infectieziekten en sectie tuberculose.
- Benoemingen commissieleden en voorzitters en secretarissen

Bestuur samenstelling

Lisette van der Velden zal Wouter van Geffen in het najaar opvolgen als bestuurslid opleiding.

Voor de functies secretaris/penningmeester en bestuurslid beroepsbelangen zijn in 2027 vacatures binnen het NVALT bestuur.

Voorstellen nieuwe NVALT-leden

De nieuwe leden van de NVALT worden van harte welkom bij de NVALT geheten.

Rondvraag en sluiting

Geen vragen. Henk sluit de vergadering om 19.00 uur.



NVALT Voorjaarsdagen 2026: Tijd voor verandering



Met de voorjaarsdagen van 16 en 17 april zette de NVALT een duidelijke stap richting een vernieuwde congrescultuur. Deze editie voelde niet alleen als een nieuw begin, maar ook als een bewuste terugkeer naar de kern van wat onze beroepsgroep verbindt: inhoudelijke verdieping, collegiale uitwisseling en ruimte voor ontmoeting. Om te begrijpen waarom deze voorjaarsdagen zo'n belangrijke mijlpaal vormen, is het waardevol om kort stil te staan bij de weg die hiernaartoe heeft geleid.

Aan de NVALT dagen gaat een geschiedenis vooraf. In 2004 werd in Papendal de allereerste Longartsenweek georganiseerd, met als thema Respiratoire Infecties en Tuberculose. Het concept was vernieuwend: een interactief programma volgens de 'sandwichformule', waarbij de eerste twee dagen identiek waren aan de laatste twee. Zo konden alle longartsen deelnemen zonder de kliniek te veel te belasten. Vier plenaire lezingen en zes werkgroepen vormden de basis. Het bleek een schot in de roos. De Longartsenweek werd een begrip.

In 2011 ontstond het idee om het volledige longenveld te verenigen. De Longdagen, georganiseerd door de NRS, het



Longfonds (toen nog Astma Fonds) en de NVALT, zagen in 2012 het levenslicht. Een ambitieus nationaal congres waar wetenschap, patiëntenzorg en patiënten elkaar zouden ontmoeten. Maar doordat de Longdagen dicht tegen de Longartsenweek aan lagen, ontbrak juist de groep die centraal zou moeten staan namelijk de longartsen zelf. Vanaf 2016 verhuisden de Longartsenweek en de Longdagen gezamenlijk naar Ermelo en werden ze samengevoegd tot "de Week van de Longen". Een moedige poging om het beste van beide werelden samen te brengen. Toch bleek de combinatie van een sterk vakinhoudelijk congres met een breder, publieksgericht evenement uiteindelijk niet optimaal. De gewenste diepgang verwaterde en in 2022 werd de Week van de Longen formeel beëindigd. De Longartsenweek keerde terug, maar het label van de Week van de Longen bleef eraan kleven waardoor het congres niet meer het niveau bereikte dat het ooit had.

Daarom was het in 2026 tijd voor verandering. Een nieuwe opzet, een nieuwe energie en een duidelijke keuze. Terug naar de kracht van een vakinhoudelijk congres, maar met een moderne, toekomstgerichte invulling. Vanaf 2026 krijgt dit vorm in twee vaste momenten, nog steeds met een grotendeels identiek programma om de druk op de kliniek te ontlasten. Het NVALT Voorjaarscongres in Wageningen en het NVALT Najaarscongres in Amsterdam.

Op 16 en 17 april was het zover en we kunnen terugkijken op een geslaagde eerste uitvoering van de NVALT voorjaarsdagen.

De eerste dag begon met de longlezing van Martin Boeree over tuberculose, een onderwerp dat zowel historisch als actueel relevant blijft. Aansluitend volgden State of the Art sessies waarin Yasemin Türk de ontwikkelingen rond biologicals bij obstructieve COPD toelichtte en Joop de Langen vooruitblikte op veranderingen binnen de oncologische zorg. Het waren inhoudelijke bijdragen die de toon zetten voor de rest van de dag.





Het Clinical Year in Review bood vervolgens een compact, scherp overzicht van de belangrijkste ontwikkelingen binnen ILD, pulmonale hypertensie en longembolie, infectieziekten en astma. De bijdragen van Karen Moor, Sanne Boerman, Yvette de Reus en Lennart Conemans maakten duidelijk hoe breed het vakgebied in beweging is en welke thema's de komende jaren de klinische praktijk zullen beïnvloeden.

Na de lunch verschoof de aandacht naar de toekomst van het vak. Rosanne Schoonbeek liet zien hoe AI zijn intrede doet in de spreekkamer, gevolgd door Joey Scheufler, die inging op de impact van misinformatie en sociale media op patiëntgedrag. Later op de middag volgden sessies over longtransplantatie door Elize Berg en een levendige AIOS-quiz onder leiding van Florence Atrafi en collega's.

Aan het einde van de middag vond de ALV van de NVALT plaats. Het verslag hiervan is terug te vinden op de website van de NVALT. De dag eindigde met een dinerbuffet en een feestelijke avond met DJ Floor, waar opvallend veel collega's de dansvloer betraden. Het enthousiasme was voelbaar, de sfeer collegiaal, ontspannen en verbindend.

De tweede dag startte met het 'Uur van het Bestuur', gevolgd

door drie presentaties die de actualiteit van het vakgebied scherp neerzetten. Bart Hilvering lichtte de nieuwe richtlijn Tweedelijns Astmazorg toe, Annemarie Becker presenteerde de nieuwste modules binnen het richtlijncluster longoncologie en Wouter de Jong schetste de koers van het NVALT Beleidsplan Kwaliteit 2026–2030. Daarna nam Erik van der Heijden de zaal mee in de wereld van navigatiescopie.

Het middagprogramma stond in het teken van het thema 'Less is more'. Jos Frencken besprak situaties waarin overbehandeling op de loer ligt, Romkje Hospes koppelde het Groene Longarts denken aan keuzes in de behandelkamer en Idris Bahce liet zien hoe ook binnen de oncologie kritisch gekeken kan worden naar wat echt nodig is. De workshops die daarop volgden boden ruimte voor praktische verdieping en discussie. De variatie in thema's maakte het mogelijk om een programma samen te stellen dat nauw aansloot bij de eigen praktijk.

Met deze Voorjaarsdagen heeft de NVALT een congresvorm neergezet die teruggrijpt op de sterke punten van eerdere edities, maar tegelijk inspeelt op de huidige behoeften van het vakgebied. De combinatie van actualiteit, reflectie en ontmoeting lijkt een solide basis voor de komende jaren.

We hebben mooie feedback we ontvangen t.a.v. het programma! Van "superleuk en praktisch" tot "inhoudelijk sterk en actueel". Het programma van de NVALT Voorjaarsdagen werd met een dikke 8 gewaardeerd; vanwege het gevarieerde medisch inhoudelijke programma, de goede sprekers en inspirerende workshops. Thema's als AI in de spreekkamer en desinformatie op sociale media spraken enorm aan. Ook workshops zoals 'Doctor on board?' werden genoemd als inhoudelijk sterk.

Wie er in april niet bij was, krijgt snel een nieuwe kans. Op 5 en 6 oktober vindt in Amsterdam het NVALT Najaarscongres plaats.



Wisselingen in de Commissie Accreditatie



Boven, van links naar rechts: Fabian Laugs (voorzitter), Hans Schoppers, Tji Gan, Guido Epping, Friso de Weert en Joris ten Holder

Beneden, van links naar rechts: Marjan van Dijk en Anita Bruning (NVALT bureau) en Lisette Kunz

Vorig jaar is de werving gestart van nieuwe leden voor de Commissie Accreditatie (CAC) van de NVALT, omdat de vijf huidige commissieleden in 2026 hun maximale benoemingstermijn zouden bereiken.

De zoektocht leverde vier nieuwe, enthousiaste commissieleden op: Duco Deenstra, Gwenda Vleeshouwers, Hans Schoppers en Friso de Weert. Zij zijn inmiddels met veel energie begonnen aan hun werkzaamheden en brengen nieuwe perspectieven mee in het accreditatieproces. De commissie wordt in haar werk ondersteund door de bureaumedewerkers Marjan van Dijk en Anita Bruning, die zorgen voor de organisatorische en administratieve continuïteit. Dankzij hun inzet blijft het accreditatieproces soepel verlopen.

Om de continuïteit verder te waarborgen, treden de vijf zittende commissieleden gefaseerd af. Zo blijft hun kennis en ervaring goed geborgd binnen de CAC. Op 12 mei 2026 werd al afscheid genomen van drie van hen: Tji Gan, Lisette Kunz

en Joris ten Holder. In de komende maanden zullen ook Guido Epping en voorzitter Fabian Laugs hun taken overdragen en de commissie verlaten. Deze vijf aftredende leden hebben zich jarenlang met grote betrokkenheid ingezet voor het accrediteren van na- en bijscholingen voor artsen voor Longziekten en Tuberculose. Dankzij hun zorgvuldigheid en kritische blik heeft de CAC een stevige en betrouwbare positie binnen de vereniging. Hun inzet wordt zeer gewaardeerd.

In oktober 2026 zal een nieuwe voorzitter worden gekozen. Tot die tijd gaat de CAC (voorlopig) verder met vier leden, die samen zorgen voor een soepele voortzetting van het accreditatiewerk en de verdere ontwikkeling van de commissie.

Op de foto staan de leden van de Commissie Accreditatie die in de periode december 2025 – oktober 2026 (zijn) af(ge)treden, twee van de nieuwe commissieleden en de bureaumedewerkers. Duco Deenstra en Gwenda Vleeshouwers ontbreken helaas op de foto.

Het nieuwe Beleidsplan Kwaliteit 2026–2030 gepubliceerd!

Het nieuwe Beleidsplan Kwaliteit 2026–2030 van de NVALT laat zien dat kwaliteit veel meer is dan richtlijnen en registraties. Het gaat over samenwerken, leren, innoveren en werkplezier.

De afgelopen tien jaar is de longzorg ingrijpend veranderd. Digitalisering, netwerkzorg, passende zorg en kunstmatige intelligentie zijn niet langer toekomstmuziek, maar dagelijkse praktijk. Tegelijkertijd groeit de druk op de zorg en zoeken longartsen naar manieren om hoogwaardige zorg te blijven leveren met behoud van plezier en autonomie in het werk. Het beleidsplan Kwaliteit geeft hierin richting en stelt doelen om de kwaliteit te waarborgen met behoud van autonomie en werkplezier.

Het beleidsplan is geen papieren exercitie, maar een uitnodiging aan alle leden van de vereniging om samen richting te geven aan de toekomst van de longgeneeskunde. De kernboodschap is helder: kwaliteit ontstaat niet door losse projecten, maar door een continue cyclus van kennisontwikkeling, toepassing, evaluatie en verbetering. In het plan staan drie thema's centraal: kwaliteit van zorg, kwaliteit van uitvoering en kwaliteit van arbeid. Die driedeling maakt duidelijk dat goede zorg niet alleen draait om medische inhoud, maar ook om de manier waarop zorg georganiseerd wordt en hoe professionals hun werk ervaren.

Binnen het thema kwaliteit van zorg kiest de NVALT nadrukkelijk voor passende zorg en netwerkvorming. Longartsen werken steeds vaker samen in regionale netwerken, waarbij ziekenhuizen, huisartsen, revalidatiecentra en andere disciplines gezamenlijk optrekken rondom de patiënt. Dat biedt kansen voor betere afstemming, snellere kennisdeling en een grotere toegankelijkheid van zorg. De patiënt ervaart daardoor niet langer losse schakels, maar één samenhangend zorgpad. Ook het slimmer benutten van data krijgt een belangrijke plek. Registraties moeten niet leiden tot meer administratie, maar juist helpen om van elkaar

te leren en zorguitkomsten te verbeteren. De ambitie van de NVALT is helder: zo compact mogelijk registreren, met een zo groot mogelijke impact op de kwaliteit van zorg.

Ook is er aandacht voor digitalisering en AI. Van thuismonitoring en tot slimme beslisondersteuning: technologische ontwikkelingen bieden enorme kansen. Tegelijkertijd stelt het plan ook kritische vragen. Hoe houden we regie op de datastromen? Hoe voorkomen we extra werkdruk? En hoe zorgen we dat technologie ondersteunend blijft aan het contact tussen arts en patiënt?

De NVALT kiest hierin voor een actieve rol. Niet afwachten, maar richting geven. Door digitale vaardigheden te versterken, goede voorbeelden zichtbaar te maken en samen met andere partijen te werken aan duidelijke kaders voor verantwoord gebruik van AI.

Misschien wel het meest belangrijke onderdeel van het beleidsplan is de aandacht voor werkplezier, autonomie en een leven lang leren. In een tijd waarin de druk op zorgprofessionals groot is, spreekt de NVALT expliciet uit dat kwaliteit van zorg onlosmakelijk verbonden is met kwaliteit van werken. Meer ruimte voor professionele ontwikkeling, flexibiliteit en ondersteuning moet bijdragen aan duurzame inzetbaarheid van longartsen en AIOS.

Hiermee is het beleidsplan vooral een optimistisch document. Het laat zien dat de longgeneeskunde niet alleen reageert op veranderingen, maar ook zelf de koers bepaalt. De komende jaren wil de NVALT bouwen aan een vakgebied dat innovatief, samenwerkend en toekomstbestendig is, met de patiënt en de professional centraal. Het Beleidsplan Kwaliteit 2026–2030 biedt daarvoor niet alleen richting, maar vooral energie. Een gezamenlijke agenda om de kwaliteit van de longzorg verder te versterken en met trots vooruit te kijken naar de toekomst.

De volledige publicatie vindt u op de NVALT website: www.nvalt.nl/kwaliteit/kwaliteitsdocumenten



**Kwaliteit
van zorg**



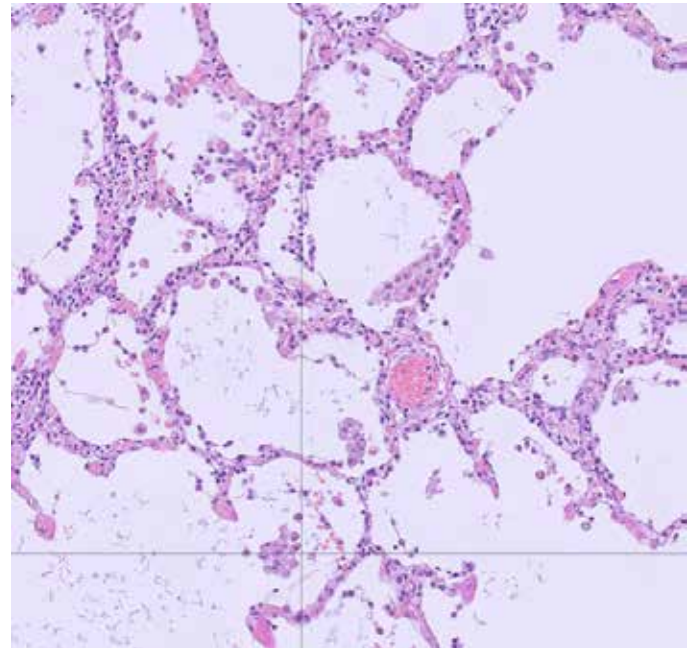
**Kwaliteit
van uitvoering**



**Kwaliteit
van arbeid**



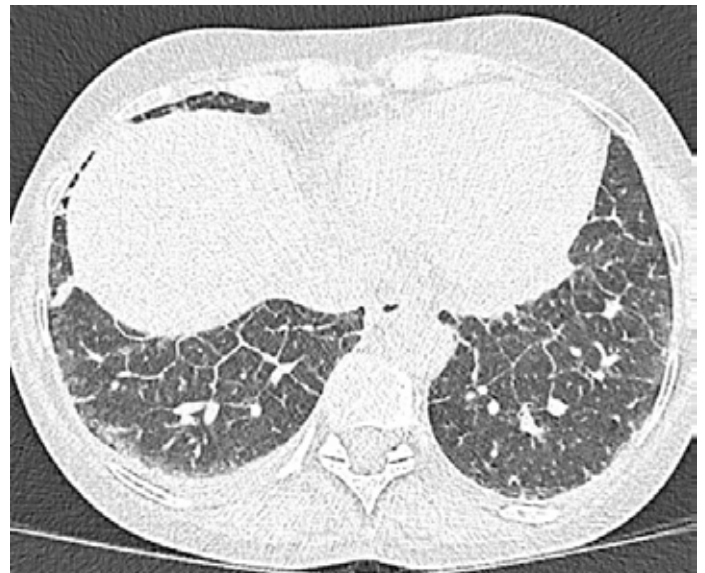
X-thorax



Histologie long



HRCT-thorax



HRCT-thorax

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 overdrachtsmoment eens over te sparren! Leerzaam voor de coassistenten, A(N)IOS, maar ook zeker voor de longarts.

Op pagina 49 lees je de ontknoping en de belangrijkste leerpunten. Veel plezier!

Mocht je nou zelf ook een mooie casus hebben of willen plaatsnemen in de WIDD commissie, mail ons dan!

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

Fleur Schroeten, AIOS CWZ

Merel de Witte, AIOS Radboudumc

Casus: een 55-jarige vrouw met progressieve dyspneu

Ingestuurd door Orestes Carpay, UMC Groningen

Voorgeschiedenis en medicatie

Patiënte had een voorgeschiedenis met astma, varices en een actieve mixed connective tissue disease (MCTD) met polyartritis. Er was geen pulmonale betrokkenheid, zij werd door de reumatoloog met methotrexaat eenmaal per week 15mg oraal behandeld. Daarnaast gebruikte zij foliumzuur, omeprazol, nifedipine, lisinopril, salbutamol en beclometason/formoterol.

Anamnese

Patiënte presenteerde zich met progressief toenemende dyspneu en een duidelijke afname van de inspanningstolerantie. Zij bracht het grootste deel van de dag rustend op de bank door. Een maand eerder was zij opgenomen geweest op de afdeling cardiologie vanwege vermoeidheidsklachten en hypertensie. Nadien was medicatie voor pulmonale hypertensie gestart.

Lichamelijk onderzoek

Bij beoordeling in de nacht was de bloeddruk 160/99 mmHg en de hartfrequentie 112/min. De zuurstofsaturatie was 97% onder toediening van 3 liter zuurstof. Er was sprake van een verhoogde centraal veneuze druk en tachycardie. Over alle longvelden werd vesiculair ademgeruis gehoord. Daarnaast werden hepatosplenomegalie en pitting oedeem aan de benen gezien.

Aanvullend onderzoek

Laboratoriumonderzoek liet een Hb van 6,5 mmol/L zien, met een CRP van 2,1 mg/L, natrium 128 mmol/L, kalium 4,3 mmol/L en een kreatinine van 169 µmol/L. Het LDH bedroeg 223 U/L en de leverenzymen waren laag-normaal. Longfunctieonderzoek toonde een FVC van 2,30 L (71% van voorspeld), een FEV1 van 1,66 L (65% van voorspeld) en een FEV1/FVC-ratio van 73%. De diffusiecapaciteit was verlaagd met een DLCO van 51% van voorspeld en een KCO van 69% van voorspeld.

Tijdens fietsergometrie werd een maximale inspanningstest verricht op basis van ademreserve en respiratory exchange ratio. Er was sprake van een ernstig verminderd inspanningsvermogen met een VO_2max van 12,6 ml/kg/min en een maximale belasting van 62 watt. De VO_2/WR -curve boog vroegtijdig af. Cardiaal werd een afbuigende O_2 -puls gezien met een laag percentage van voorspeld. Ventilatoir had zij onvoldoende ademreserve met een verhoogde ademfrequentie en expiratoire flowlimitatie zonder dynamische hyperinflatie. De gaswisseling werd gekenmerkt door een daling van de PaCO_2 , een verlaagd PETCO_2 -beloop, sterk verhoogde ventilatoire equivalenten en doderuimteventilatie type I.

Transthoracale echocardiografie liet een D-vormige linkerventrikel, concentrische remodeling en een gedilateerd rechterventrikel zien. De vena cava inferior was slank met voldoende collaps tijdens sniffing.

Bij rechtskatheterisatie werd gemeten: PAP 74/23-43, wedge 4/3-1, RV 76/-5-8, PVR 1034 dyne/s, RA 7/5-3. Coronairangiografie toonde geen relevante afwijkingen.

- 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



Nationaal Coassistenten Congres

Coassistenten enthousiasmeren voor de longgeneeskunde: een kans die we moeten grijpen

De laatste jaren is er onder coassistenten veel discussie over werk-privébalans en de vraag welke plek het ziekenhuis inneemt in hun toekomstige carrière. Deze verschuiving in mindset lijkt samen te gaan met een afnemende animo voor een semi-artsstage of ANIOS-functie binnen de longgeneeskunde. Een mogelijke verklaring hiervoor is de beperkte duur van het coschap longziekten: in de meeste OOR's duurt dit slechts 1 tot 3 weken, en soms wordt het coschap zelfs helemaal niet aangeboden. Deze korte kennismaking met het vak bemoeilijkt een genuanceerd beeld van wat de longgeneeskunde te bieden heeft.

Aanwezigheid van de longgeneeskunde op het NCC 2026

Als AIOS-bestuur van de NVALT zijn we daarom aanwezig op het Nationaal Coassistenten Congres (NCC): het grootste landelijke evenement voor en door geneeskundestudenten. Het NCC trekt meer dan 800 coassistenten uit heel Nederland en combineert beroepsoriëntatie met interactieve sessies, workshops en informele gesprekken over actuele thema's zoals innovatie, verduurzaming van de zorg en werk-privébalans. Het congres biedt daarnaast laagdrempelige mogelijkheden voor coassistenten om in gesprek te gaan met AIOS en opleiders (IGMA/IGMO-sessies), waarbij juist vragen over het vinden van een opleidingsplek, werkdruk en toekomstperspectief centraal staan. Dit maakt het NCC een ideale plek om misverstanden rondom de longopleiding weg te nemen en coassistenten beter kennis te laten maken met ons vak.

Tijdens onze aanwezigheid op het congres spraken we veel enthousiaste coassistenten. Opvallend genoeg gaven velen aan dat ze juist behoefte hebben aan een langere stagetijd binnen de longgeneeskunde. Het korte coschap blijkt regelmatig onvoldoende om écht een goed beeld te krijgen van de breedte en dynamiek van het vak. Meerdere

coassistenten vertelden dat ze op basis van hun interesse en de gesprekken op het NCC zeker een semi-artsstage longziekten zouden overwegen, mits die binnen hun OOR goed gefaciliteerd wordt.

Deze signalen laten zien dat de interesse voor ons vak zeker niet verdwenen is—ze vraagt alleen om een betere context en voldoende tijd om zich te ontwikkelen.

Een oproep aan longartsen en opleiders

De bevindingen op het NCC bevestigen wat we al langer vermoeden: coassistenten vinden longziekten interessant, maar ze krijgen simpelweg te weinig tijd om het te ervaren. Voor veel andere specialismen geldt dat een langer coschap direct bijdraagt aan meer motivatie voor een vervolgstage of ANIOS-positie. Waarom zouden we dat binnen de longgeneeskunde niet ook nastreven?

Met de duidelijke behoefte die coassistenten zelf uitspreken, is dit het moment om binnen het eigen OOR te pleiten voor een langere coschaptijd longziekten. Het is een relatief kleine organisatorische aanpassing, maar met potentieel groot effect op de instroom van gemotiveerde jonge dokters.

Tot slot

Het Nationaal Coassistenten Congres liet opnieuw zien hoe waardevol het is om actief in gesprek te gaan met toekomstige collega's. Niet alleen om feiten van fabels te scheiden, maar vooral om te laten zien hoe veelzijdig, actueel en betekenisvol de longgeneeskunde is.

Met een gezamenlijk streven naar betere zichtbaarheid en langere stages kunnen we ervoor zorgen dat de artsen van de toekomst vol enthousiasme voor ons vak kiezen.

*Floor Wille
Henriëke Minnema
Jeroen Wessels*

Wanda de Kanter valt wederom in de prijzen

Longarts Wanda de Kanter is naast haar werk al jaren actief als activist tegen de tabaksindustrie. Dit is niet onopgemerkt gebleven, ook in het buitenland. Op 2 april jongstleden ontving zij een eredoctoraat aan de Universiteit van Antwerpen als erkenning voor haar uitzonderlijke bijdragen aan de volksgezondheid en haar onvermoeibare strijd tegen de tabaksindustrie. Naast deze prachtige erkenning zal Wanda op 6 juni de Els Borst oeuverprijs uitgereikt krijgen vanuit Vereniging van Vrouwelijke Nederlandse Artsen (VNVA). PulmoScript sprak met haar over de (te) ontvangen prijzen en haar inzet tegen de tabaksindustrie.

Met gepaste trots kijkt Wanda tegen de prijzen aan. “Alle prijzen doen ertoe, het geeft publiciteit aan het verhaal. Maar het gaat niet over mij, ik ben alleen het boegbeeld”, begint ze haar verhaal. “In 2021 ben ik, samen met Pauline Dekker, benoemd tot Officier in de orde van Oranje-Nassau door de toenmalige staatssecretaris Paul Blokhuis op het ministerie van VWS. Alleen al door de fysieke afstand die we toen moesten houden, voelt deze prijs anders dan toen”, vertelt ze. Het fenomeen ‘eredoctoraat’ was haar tot nu toe onbekend. Op een avond werd ze gebeld door Filip Lardon, hoogleraar oncologie en decaan aan de Universiteit Antwerpen, die haar vertelde dat ze genomineerd was om de prijs in ontvangst te mogen nemen. De uitreiking van het eredoctoraat vond



Promotor Prof. dr. Filip Lardon decaan en oncoloog, Wanda de Kanter, rector magnificus UVA: Prof. dr. Herwig Leirs

plaats in de grootste zaal in Antwerpen die tot de nok gevuld was. Wanda: “Er waren zo veel professoren in toga, behalve ik dan. Maar ik mocht ook in toga en mag me nu doctor h.c. (red. honoris causa) noemen. Ze hebben een mooi verhaal verteld en er was een masterclass georganiseerd. Het was een waanzinnig mooie dag en geeft weer extra aandacht op het onderwerp.”

Over de grenzen heen kijken

Want hoewel er in Nederland nog altijd flink wat te bereiken valt in de strijd tegen de tabaksindustrie, is er ook binnen de Europese Unie (EU) op dit gebied steeds meer awareness. “Door mijn prijsuitreiking realiseer ik me dat ik bijna in Brussel ben, het hart van de EU. En daar gebeurt het! Binnen de EU is tot nu toe nog geen harmonisatie hoe om te gaan met roken en vaperen. Helaas is er binnen de EU maar weinig geld beschikbaar voor preventie, maar 4fte voor de hele EU! Dus hoe gaan we dit aanpakken en meer massa maken richting de tabaksindustrie? Het wordt ook steeds moeilijker door de verrechtsing van de EU. Gelukkig zijn het Belgische ministerie voor Volksgezondheid, evenals de Belgische collega’s ook fel tegen het roken. Zo zal er onder andere een smaakjesverbod komen op het vaperen vanaf 2028”, aldus Wanda.

Vaperen: een nieuwe epidemie

Waar de traditionele sigaret langzaam terrein verliest, ziet Wanda ook de grote dreiging van het vaperen. Ze vertelt dat de Europese Commissie al in 2012-2013 voorstelde om de elektronische sigaret alleen op doktersrecept aan zware rokers voor te schrijven. Wanda: “Er was nog niet aangetoond dat het een adequaat stopmiddel was, maar de angst voor een nieuwe markt was toen al aanwezig.

**“Het gaat niet om mij,
ik ben alleen het boegbeeld.”**

Hierna is er een enorme tabakslobby op gang gekomen: het Europees Parlement werd overtuigd dat het ‘gewoon’ een consumentenproduct moest worden (dit heeft zelfs geleid tot een artikel BMJ!), de rest is helaas geschiedenis. Met de giftige mix van marketing, reclame op social media, nicotine zouten en smaakjes werd de kindermarkt veroverd.” De vapes zouden tot wel 95% veiliger zijn dan gewone sigaretten, maar volgens Wanda is dit gebaseerd op een rondetafelgesprek zonder wetenschappelijke onderbouwing. “Er komt geen teer vrij uit de e-sigaret (omdat er geen tabaksverbranding is), maar dat wil niet zeggen dat de combinatie van stoffen, chronische fijnstofinhalatie, zware metalen en hun onderlinge interactie veilig zijn”, legt Wanda uit.

Bij tabak duurde het tot 1960 voordat we ons realiseerden dat roken kanker veroorzaakte. “Laten we ons niet weer voor de gek houden”, zegt Wanda. “De eerste studies komen nu naar buiten over de gevolgen van vaperen, zoals DNA-veranderingen, chronische fijnstofinhalatie, hart- en



Wanda ontving een foto van Erwin Olaf: zijn longarts met zijn longen in de handen tijdens zijn longtransplantatie.

longproblemen, maar ook mentale problemen. Er is een zeer sterk gateway effect, liefst 70 % van de kinderen stapt uiteindelijk over op gewone sigaretten. De gemiddelde beginleeftijd van jongeren die beginnen met vaperen is schrikbarend: 12 jaar en 8 maanden. En nu worden wij beticht dat we verslaafden afhouden van vapes”, zegt ze verontwaardigd.

Verkooppunten van vapes

Hoe komen de pubers dan aan vapes? Volgens Wanda gaat dit heel gemakkelijk via jonge ‘fatbike dealers’ die ze via Snapchat kunnen vinden. “Ze kunnen niet alleen aan vapes komen, maar ook aan cannabis en THC. Illegale vapes blijven ook beschikbaar via retailers die ze ondanks boetes blijven verkopen. Sterker nog, er komen steeds meer nieuwe verkooppunten bij. Daarnaast is er geen enkele registratie welke winkels vapes of sigaretten verkopen. Hier pleiten we al 10 jaar voor, maar VWS vindt dit te ingewikkeld. Mijn reactie is dan: Weet je wat ingewikkeld is? De behandeling van longkanker! Recent hebben we met Stichting Rookpreventie Jeugd en Vaperen jouw Keuze (collega longarts Frank Borm (AVL) en longpatholoog Danielle Cohen (LUMC)) een klacht ingediend bij de Autoriteit Consument en Markt, die onderzoek gaan doen naar de handel van vapes aan minderjarigen.”

Wanda vertelt dat pas over een jaar een registratieplicht van kracht gaat, maar dat is nog geen vergunning voor het verkopen van vapes en sigaretten. “Eind april is er nog een brandbrief naar de Commissie van VWS aan Tweede Kamer gebracht vanuit de KNMG namens 60.000 artsen. Artsen

willen graag een vergunningsstelsel. Waarom wordt alles zo vertraagd en wordt niet eerder ingegrepen?” Wanda is duidelijk geïrriteerd over het geheel. “Mensen vinden het niet belangrijk en zien het op een bepaald moment niet meer. Nederland is het land binnen de EU met het grootste verschil in rokers tussen hoog- en laagopgeleiden. Ik vind het triest: roken is de belangrijkste oorzaak van de gezondheidskloof en VWS doet er echt veel te weinig aan. De urgentie ontbreekt.”

Strafzaak

In 2016 stond Wanda samen met advocaat Benedict Ficq aan de basis van de eerste strafzaak ter wereld tegen de tabaksindustrie. Uiteindelijk gaf het openbaar ministerie geen bevel tot strafrechtelijke vervolging van de tabaksproducenten. De rechter vond het niet aan hem, maar aan de overheid, om de sigaret, inclusief sjoemelsigaret aan te pakken. Het is immers een legaal product. Wanda blikt terug op de zaak: “Er werd gezegd dat we inhoudelijk gelijk hebben, het is een extreem dodelijk product, maar jullie staan aan het verkeerde loket. Het is zeer teleurstellend om zo een rechtszaak te verliezen”, zegt ze. “Hoe kan een product, dat verslaving als opzettelijk doel en 20.000 doden als gevolg heeft, niet via de rechter aangepakt worden? Tegelijkertijd hebben we zeer veel publiciteit gekregen, ook internationaal in de (mensen)rechten wereld. Dat zou wel eens de basis kunnen zijn voor een nieuwe zaak. Als de overheid stil zit, zijn rechtszaken de enige oplossing. Als ondersteuning hadden we een Grassroots organisatie Sick of Smoking met bijna een miljoen volgers ingericht.”

Rookpreventie Jeugd besloot verder te procederen tegen de

Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit en Ministerie van VWS in verband met de meetmethode van de sjoemelsigaret. Ze werden door het College van Beroep doorverwezen naar het Europese Hof van Justitie in Luxemburg. Wanda geeft aan dat er recent een voorlopige uitspraak was: "Alle burgers hadden de resultaten van de bizarre sjoemelmethode tot zich kunnen nemen, dus wisten zij waar ze aan toe waren.... Waar op de pakjes teer, nicotine en CO (TNCO)-waarden van 10-1-10 stond, stelde het RIVM TNCO waarden vast die minstens drie keer zo hoog waren... Wat een krankzinnige uitspraak, ik kan er gewoon niet bij." Ze denkt na over de volgende stappen.

David tegen Goliath

Ondanks deze tegenslag somt Wanda op wat de strijd tegen de tabaksindustrie tot nu toe heeft opgeleverd: "Nog maar 18% van de bevolking rookt ten opzichte van 24% toen we begonnen, een pakje sigaretten is duurder geworden, er staan nare plaatjes op in een onaantrekkelijke kleur, sigaretten zijn niet meer te koop in de supermarkt en gaan weg bij benzinestations. Tevens mag er geen reclame meer worden gemaakt voor roken.

"Wat een krankzinnige uitspraak van de rechter, ik kan er gewoon niet bij."

Maar het gaat allemaal zo langzaam, soms word ik er totaal moedeloos van. Ik heb een sterk rechtsvaardigheidsgevoel en vind het belangrijk dat onze kennis bij mensen komt. Helaas lopen wij 10-30 jaar achter ten opzichte van de tabaksindustrie.

Ze zijn al zeker 20 jaar bezig om te bedenken hoe bijvoorbeeld vapes bij kinderen terecht komen", aldus Wanda.

Met pensioen, maar nog niet klaar

Vanaf 1 januari 2026 is Wanda gestopt als praktiserend longarts en is haar registratie verlopen. Haar agenda is nog altijd goed gevuld met lezingen, de rechtszaak tegen de tabaksindustrie, social media en lobbyen. Als voorzitter van Stichting Rookpreventie Jeugd realiseert ze zich dat een nieuwe generatie de business moet gaan overnemen, zoals Frank Borm en Danielle Cohen. "We doen dit al zo lang, maar we moeten verjongen en met dezelfde spirit doorgaan", zegt ze nuchter. "Mijn doel is pas bereikt als er geen mensen meer doodgaan aan roken gerelateerde ziekten, kanker of hart- en vaatziekten. We gaan langzaam toe naar een 'Tobacco Endgame', met als doel het aantal rokers te minimaliseren en een wereldwijd generatiegebonden rookverbod, zoals gaat gebeuren in Groot-Brittannië vanaf 2027. Wij hadden een zeer succesvol Burger Initiatief www.Nicotinee.nl met bijna 80.000 geregistreerde handtekeningen. Ik mocht toen met een team artsen in de Tweede Kamer een presentatie geven. Vooralsnog is er nog niet besloten tot een generatiegebonden verkoopverbod. Ook in de European Respiratory Society (ERS) is hier nog geen sprake van. Het mobiliseren van de 27 lidstaten heeft wat meer voeten in de aarde. Ik heb gesolliciteerd op de functie van Voorzitter van de Tabakscommissie van de ERS, dus wie weet..."

Lisette Kunz

DE TACTIEKEN VAN DE TABAKSINDUSTRIE



SAMENWERKEN

- BIG FOOD
- BIG CANNABIS
- BIG ALCOHOL
- BIG FARMA, BIG OIL



WETENSCHAP MANIPULEREN

- TWIJFEL ZAAIEN
- OMKOPEN
- CONGRESSEN
- TIJDSCHRIFTEN



KINDERMARKETING

- ALIBI MARKETING
- RECLAME FILMS
- SOCIAL MEDIA
- INFLUENCERS
- VERKRIJGBAARHEID



GREENWASHING/CSR

- DUURZAAMHEID
- SMARTENGELD
- INFLUENCERS
- VERKRIJGBAARHEID



LOBBY

- HAARVATEN,
- MAATSCHAPPIJ,
- 2^e KAMER
- EUROPEES PARLEMENT



PRIJS / ACCIJNS

- KPMG E.A.
- CONSULTANTS /
- ADVOCATEN



SCHADEBEPERKING (HARM REDUCTION)

- FILTER, LIGHT, "ROOKLOOS"



RECHTSZAKEN DOOR DE TI

- SPONSORING & IMAGO



VRIJHEID

- EIGEN KEUZE
- CONCEPT GEKAAPT



DRAAIDEUR POLITICI

- VAN INDUSTRIE NAAR OVERHEID
- LOBBYISTEN
- INVLOED OP BELEID



KINDERARBEID

- TABAKSPANTAGES
- UITBUITING
- ARMOEDE



NEP ACCOUNTS, THIRD PARTIES

- FRONT GROUPS
- VAPORS ALLIANCE

KLAAR

Herman Jan Pennings, longarts Laurentius Ziekenhuis Roermond

Nu de carrière van Herman-Jan Pennings als longarts is afgerond, is het moment gekomen om terug te kijken: op de ontwikkelingen in het vak, op zijn bestuurlijke jaren binnen de NVALT, de verschuivingen in de zorg en op wat deze periode hem persoonlijk heeft gebracht. In dit gesprek kijken we met hem naar wat geweest is, maar ook naar wat blijft.

Als je terugkijkt op de beginfase van je longartsenloopbaan: welke momenten of lessen hebben jou als longarts het meest gevormd?

Na mijn periode als stafid binnen het MUMC ben ik begonnen als longarts binnen het Astmacentrum Hornerheide (nu CIRO), waar men zich met name focuste op het ontwikkelen van nieuwe inzichten en behandelingen rondom COPD. Daar leerde ik werken binnen een multidisciplinair team: samen met medebehandelaars werken aan het 'totaal' beeld van een patiënt, en niet slechts je richten op één, longgeneeskundig, aspect. Tegenwoordig is een multidisciplinair team heel normaal, maar medio negentiger jaren zag je dit vooral binnen de astmacentra.



Echter, een dergelijk categoriaal ziekenhuis betekent wel dat je je richt op één specifieke aandoening en daar behandeling en research volledig op richt. Mijn collega's en ik merkten al binnen een jaar dat de ontwikkelingen binnen de andere gebieden van de Longgeneeskunde zo snel gingen, dat wij besloten ook een algemene longartsenpraktijk binnen het Sint Jansgasthuis Weert ernaast te beoefenen. De jaren daarna heb ik veel profijt gehad van mijn ervaringen van Hornerheide. Ik denk dat ervaring opdoen binnen uiteenlopende organisaties bijdraagt aan de kwaliteit van de behandeling van je patiënten en je praktijkvoering.

Je promoveerde ooit op biomarkers bij astma. In hoeverre heeft die vroege onderzoeksblik jouw klinische manier van denken blijvend beïnvloed?

In eerste instantie was mijn aanstelling binnen het Astmacentrum Hornerheide een logische vervolgstap om te zoeken naar biomarkers binnen COPD. Helaas, ondanks al het onderzoek hierna, is de wetenschappelijke opbrengst en klinische toepasbaarheid hiervan tot op heden bescheiden gebleven. Echter door het doen van fase 2 en 3 onderzoek leer je enerzijds de toepasbaarheid maar ook de beperkingen van dit soort onderzoek kennen. Dit betekende voor mijn patiëntenzorg dat ik in de regel niet tot de 'early adapters' behoorde, maar toch altijd eerst de uitkomsten van meerdere klinische studies wilde wegen. Een nieuwsgierige, maar ook wel kritische houding is mijn stijl gebleven.

Als je jouw carrière als geheel zou samenvatten in één ontwikkeling of beweging: wat is dan volgens jou de rode draad?

Ik zou zeggen: "In Beweging Blijven". Zoek voor jezelf steeds een uitdaging in je werk, of het nu een nieuw aandachtsgebied is, een andere werkomgeving, of een nieuwe mix van activiteiten (bijvoorbeeld onderzoek- of management-/bestuurstaken). Dit houdt je scherp en zorgt ervoor dat het werk afwisselend blijft en je steeds nieuwe perspectieven verkent.

Je bent 8 jaar secretaris geweest binnen het NVALT-bestuur. Hoe kijk je daar nu, na zoveel jaren op terug?

Ik begon als secretaris voor de NVALT. Ik had hierbij het geluk dat de directie van CIRO, waar ik toen werkte, het belang hiervan inzag en dit ook wilde faciliteren. Dan heb je wel een goede start voor dit werk. Wat mij in al die jaren steeds opviel binnen het bestuur was de saamhorigheid en collegialiteit. Samen had je een klus te klaren voor en door longartsen. En zonder het voortreffelijk functionerend bestuurssecretariaat hadden wij als bestuur nooit zo effectief kunnen zijn. Ook de samenwerking met de commissies en werkgroepen verliep altijd in een constructieve sfeer. Ik



heb die 8 jaar met veel plezier in het bestuur gewerkt en de inzichten en ervaringen hieruit hebben mij zeker geholpen in de opvolgende bestuurlijke functies.

Welke vaardigheden of inzichten uit deze tijd gebruik je vandaag nog steeds?

Ik heb geleerd (iets) meer geduld te hebben en dat je er soms beter aan doet zaken op zijn beloop te laten dan te veel van boven af te willen sturen. Ik heb ook leren onderhandelen in mijn bestuurders-tijd en dat je elkaar ook iets moet gunnen. De samenwerking met de vele gesprekspartners vereist echt diplomatie om dingen voor elkaar te krijgen.

Ik ben na mijn NVALT-bestuursfunctie voorzitter van het Medisch Specialistisch bedrijf (en nadien voorzitter Medisch Specialistische Coöperatie) geworden, in deze functies heb ik vaak gebruik kunnen maken van ervaringen binnen het NVALT-bestuur. Ik denk dat dit een aantal malen echt geholpen heeft om lastige problemen op een effectieve manier op te lossen. Het blijft echter 'life-long learning'.

Keek je in de periode na het NVALT-bestuur anders naar je vakgroep, je rol als medisch manager of het ziekenhuis als geheel?

Als NVALT-bestuur behartig je de belangen van de leden. Je begeeft je op landelijk bestuurlijk niveau met o.a. FMS, maar ook met het Zorginstituut en VWS.

Je bestuurt meer hoog-over, terwijl je als medisch manager of MSB bestuur weer meer kijkt naar lokale of regionale samenwerkingsverbanden. Kennis hebben van al die krachtenvelden draagt er aan bij zaken in perspectief te plaatsen en tot een effectief bestuurlijk beleid te komen. Het plaatst ook wat wij als longartsen in onze dagdagelijkse praktijk doen in perspectief en doet je steeds realiseren dat

je lid bent van een groter samenwerkingsverband (en dat laatste is zeker geen vanzelfsprekend inzicht voor medische vakgroepen).

Jullie Hart Longcentrum kwam tot stand omdat cardiologie en longgeneeskunde een grote overlap in patiëntengroepen delen. Hoe kijk jij naar die samenwerking?

Dit centrum werd indertijd in het SJG Weert opgezet, waar wij gezamenlijk een verpleegafdeling hadden. Het was zeer effectief, veel patiënten met klachten hadden zowel aandacht van de cardioloog als longarts nodig. Reguliere visites en consulten liepen vloeiend in elkaar over en de patiënt werd sneller geholpen. Helaas is na ons vertrek uit Weert deze gezamenlijke afdeling niet lang overeind gebleven. In Roermond liggen de poliklinieken longgeneeskunde en cardiologie naast elkaar binnen een poli-blok. Wij lopen gemakkelijk bij elkaar binnen en er is altijd ruimte voor laagdrempelig overleg over (vaak gezamenlijke) patiënten. Beide vakgroepen trekken ook samen op in het overleg met het clustermanagement. Helaas zijn wij er nog niet in geslaagd een multidisciplinaire dyspnoe-polikliniek op te zetten.

De regionale ILD samenwerking met VieCuri en het expertisecentrum Nieuwegein zorgt voor betere zorg dicht bij huis. Waar ben jij zelf het meest trots op binnen dat gezamenlijke ILD team?

Dit centrum is vanaf 2017 actief en werd indertijd samen met Brigitte van der Bruggen opgezet. Ik ben er trots op dat wij in staat zijn geweest op de twee locaties een dedicated team van radiologen en reumatologen te verzamelen en wij de ILD-longartsen samen konden smeden tot één team. Echter zo'n team dient niet alleen door goede onderlinge

verstandhoudingen bepaald te worden, maar moet ook bestuurlijk mandaat krijgen vanuit de ziekenhuizen. Dit is helaas nog niet het geval, waardoor onze patiënten nog steeds voor bepaalde behandelingen doorverwezen moeten worden naar het VieCuri.

Welke ontwikkeling binnen de ILD zorg zie jij als de gamechanger voor de komende jaren?

Gezien de zeer uiteenlopende pathofysiologie van interstitiële longziekten is het moeilijk één gamechanger te benoemen. Ik denk dat Artificial Intelligence zeker invloed gaat hebben op de beeldvorming binnen ILD, meer hulp bij het komen tot diagnoses maar mogelijk ook in het identificeren van prognostische variabelen. Daarnaast zullen nadere inzichten in genetische aspecten, in immunologie en proteomics ons helpen om te komen tot echte vormen van personalized medicine. De ontwikkelingen gaan steeds sneller, wij hebben nu voor de behandeling van IPF de keuze uit meerdere medicatie-lijnen. De volgorde van toediening of wellicht inzetten op combinatietherapie is iets wat momenteel onderzocht wordt. Duidelijk is wel, dat waar eerst defaitisme overheerste, wij nu echt een verschil kunnen maken voor onze patiënten.

Wat zie jij op dit moment als de grootste verschuiving binnen de longeneeskunde?

De belangrijkste uitdagingen betreffen nu veranderingen in de financiering van zorg, personeelstekorten en de dubbele vergrijzing. Dit zorgt ervoor dat wij ons werk slimmer en efficiënter moeten gaan inrichten. Het helpt hierin niet dat de minister het aantal opleidingsplaatsen voor Longeneeskunde op een lager niveau heeft vastgesteld dan geadviseerd werd door het Capaciteitsorgaan. Een en ander betekent dat wij in de toekomst de zorg steeds meer samen met verpleegkundig specialisten, physician-

assistants en ander gespecialiseerd personeel moeten vorm gaan geven en wij meer coördinerende taken erbij gaan krijgen. Waarschijnlijk kan Artificial Intelligence ons hierbij ondersteunen, maar laten wij wel zorgen dat AI niet de zorg van ons gaat overnemen, maar dat wij altijd de menselijke maat blijven bewaken.

Waar ben jij in je carrière het meest trots op?

Ik ben er trots op, dat, op alle locaties waar ik heb mogen werken, ik steeds deel heb mogen uitmaken van een enthousiast, gemotiveerd team. In het Laurentiusziekenhuis, waar ik in 2009 begon, hebben wij in al die jaren een steeds groter team van zeer deskundige en gemotiveerde mensen om ons heen weten te verzamelen, die een steeds complexer takenpakket met elkaar oppakten. Ik ben ervan overtuigd dat die opgaande lijn de komende jaren doorgezet gaat worden.

Heb je inmiddels een goede invulling gevonden voor je extra vrije tijd?

Ik heb mijn belangstelling voor wijn nu grondiger aangepakt en ben bezig aan een opleiding tot sommelier. Wellicht dat dit nog leidt tot een bijbaantje bij de vele opkomende wijngaarden bij ons in de buurt. Ik ben daarnaast meer gaan sporten en mijn racefiets draait nu meer kilometers dan ooit, zeker in het grensgebied van Nederland en België. En ja, ook de tuin ligt er nu beter bij dan toen ik nog volop als longarts werkte.

Welke boodschap zou jij willen meegeven aan jonge longartsen?

Zorg ervoor dat het werk voor je uitdagend blijft. Dat kan binnen je vakgebied, maar ook bestuurlijk in het ziekenhuis of in de Wetenschappelijke Vereniging zijn. Zorg er wel voor dat je altijd een juiste balans handhaaft, zowel op het werk als privé.



KLAAR

Hans in 't Veen, longarts Franciscus Gasthuis & Vlietland, Rotterdam



Voor Hans in 't Veen kwam zijn afscheid uit de kliniek door gezondheidsredenen eerder dan gehoopt. Toch is zijn gedrevenheid allesbehalve gedoofd. Jarenlang was hij niet alleen een betrokken behandelaar, maar ook een uitgesproken pleitbezorger voor gezonde lucht. Hij waarschuwde herhaaldelijk voor de ernstige impact van luchtvervuiling op de gezondheid en vindt dat Nederland zich sterker in moet zetten om die te verbeteren. Nu hij zijn spreekkamer heeft losgelaten maar het onderzoek trouw blijft, kijken we met hem terug op een carrière waarin medische zorg, maatschappelijke verantwoordelijkheid en vasthoudend idealisme hand in hand gingen.

Je hebt je carrière als praktiserend longarts in het Franciscus per 1 september beëindigd, al blijf je actief in het wetenschappelijk onderzoek. Is deze periode voor jou een afronding of juist een overgang?

Allereerst: ik vind de titel van dit interview met het woord

“Klaar” vreselijk. Want je bent pas klaar als je in de kist ligt. Dat laat onverlet dat het leven opgaan-blinken-verzinken is en onmisbaar bestaat niet. Voor mij was het werk als praktiserend longarts niet mogelijk meer, dat klinkt toch als afronding en afscheid. Want patiëntenzorg is toch onze ‘raison d'être’. Echter: door dit afscheid kon ik weer een beetje een leven. Gelukkig heb ik enkele kleine onderdelen -kruimels-, die ons vak zo mooi maken, kunnen behouden; namelijk wat wetenschap en inzet voor de Long Alliantie Nederland. Dat past voor mij mooi bij zingeving en maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Je bent een longarts die inhoud combineerde met maatschappelijke betrokkenheid. Waar begon voor jou die drang om verder te kijken dan de spreekkamer?

Ik realiseerde me dat een keten zo sterk is als de zwakste schakel. Hoe goed wij als longartsen ook ons werk doen, het blijft dweilen met de kraan open als de omstandigheden voor en na het bezoek aan ons niet veranderen. Daarbij speelt luchtkwaliteit, maar bijvoorbeeld ook maatschappelijke ongelijkheid, een rol.

Welke aspecten van het longarts zijn hebben jou al die jaren het meest geraakt of gevormd?

Het verhaal achter het verhaal, dat van de patiënt. Dat is wat de gevolgen van een pathofysiologisch probleem bepaalt. Het kan zijn dat het niet klikt met een patiënt, maar dat zegt dan ook iets over mezelf. We vinden soms een patiënt een zeur, maar als je je inleeft is het probleem ineens wel invoelbaar. Het begint bij het accepteren dat het voor een ander ‘anders’ kan zijn. Luisteren kan een uitdaging zijn - en ik ben de eerste om dat toe te geven -, maar is in de spreekkamer essentieel. Voor de dokter zou deze dan ook beter luisterkamer kunnen heten.

Je hebt veel aandacht gevraagd voor de impact van luchtvervuiling op gezondheid. In meerdere interviews benadrukte je dat ultrafijnstof mogelijk nog schadelijker is dan fijnstof. Waarom vond je het zo belangrijk om je hierover publiekelijk uit te spreken?

Preventie is een ondergeschoven kindje, aandacht voor schone lucht ook. Luchtkwaliteit is een issue in de grote stad maar ook op platteland, denk aan intensieve veehouderij. Bovendien is iedereen naast slachtoffer ook dader, alleen al door ons bestaan.

Als je terugkijkt: heeft Nederland voldoende stappen gezet richting schone lucht, of is jouw boodschap nog net zo relevant als toen je ermee begon? Voelt het nog steeds als ‘dweilen met de kraan open’?

Er was een goed momentum, helaas zijn er nu



grotere problemen in de wereld. Maar uiteindelijk zal klimaatproblematiek met haar gevolgen, waaronder luchtkwaliteit, ons inhalen.

Je bent na je pensionering actief gebleven in onderzoek. Wat motiveert je om die lijn door te trekken?

Zingeving en maatschappelijke betrokkenheid en iets leuk vinden met als focus wat nog wel kan.

Jij was betrokken bij initiatieven zoals de RoLeX samenwerking en scholingen rond obstructieve longziekten. Wat is volgens jou het belang van dit soort netwerken?

Alleen ga je sneller, maar samen kom je verder is een oude spreuk. Maar belangrijker, samen is leuker. Zeker als je jezelf voorhoudt dat je (toevallig?) in het leukste clubje zit. Want voor de lol ben je zelf verantwoordelijk waarbij het helpt als je je zelf niet al te serieus neemt. Dus eigenbelang is er een, maar ook de hoop dat je als groep het verschil kan maken.

Hoe kijk jij naar de toekomst van netwerkzorg voor patiënten met complexe longziekten? Je hebt ook veel energie gestoken in multidisciplinaire verbinding. Wat maakte die samenwerking voor jou waardevol?

Er is veel te winnen voor de patiënt, maar ook voor de maatschappij en voor onszelf persoonlijk. We doen allemaal mooie dingen in ons eentje, maar vaak niet samen. We hebben fantastische richtlijnen, maar de implementatie daarvan laat te wensen over. Ik wil dus geen nieuwe richtlijnen, maar met elkaar vooral eerst gaan doen wat er is afgesproken.

Door gezondheidsredenen moest je eerder stoppen dan je misschien had gewild. Hoe was het voor jou om als dokter ineens patiënt te zijn?

Dat moet je vragen aan degenen die mij als patiënt mochten zien. Docel als ik ben, heb ik gepoogd mij constructief op te stellen. Eerder heb ik veel patiënten gezien met hetzelfde probleem als ik heb en veel van hen vroegen zich af "waarom ik" en focusten op een verklaring. Een zoektocht naar die heilige graal leek me niet zinvol, liever focus ik op wat wel kan. Dit lukte overigens pas na enig gevecht met mezelf.

Wat mis je uit het dagelijkse werk als longarts? En wat juist niet?

Ik mis de collega's en de vaak bijzondere patiënten. Iedereen heeft wel een verhaal dat boeiend is. Ik bemerk, dat ik met name de verplichtingen c.q. de planning niet zo mis. Weten welke patiënt je over twee maanden op maandagochtend om 10 uur weer gaat zien, is best benauwend. Dat had ik me destijds niet zo gerealiseerd.

Als je de longartsen van de toekomst één advies zou mogen meegeven? Welke zou dat zijn?

Mogen het er ook drie zijn? Kiezen is niet zo mijn kracht.

Want in dat geval wil ik graag the Beatles citeren: "The love you take is equal to the love you make."

The House of God, van Samuel Shem: "The patient is the one with the disease."

En last but not least, eentje van mezelf: "Je bent verantwoordelijk voor je eigen werkplezier."

Supervisiestage op Curaçao? Een “altamente rekomendá!”

Gedurende een periode van 3 maanden (februari t/m april 2026) heb ik met veel plezier stage gelopen in het prachtige Curaçao Medical Center (CMC) te Willemstad. Dit was mijn eerste bezoek aan de Caraïben en ik ben van harte welkom geheten in het CMC en op het eiland. Het team bestaat momenteel uit drie longartsen waarbij er binnenkort uitgebreid zal worden naar een vierde vaste longarts. De longziekten wordt in de volle breedte bedreven met een volledig functionerende behandelkamer (met o.a. mogelijkheid tot EBUS en EUS), een uitgebreide focus op de ILD, infectieziekten, de obstructieve longziekten, vasculaire longziekten (o.a. veel ROW) en slaap. Als ANIOS kom je hier dus met van alles in aanraking! Alhoewel de ziektebeelden niet direct anders zijn dan in Nederland is de ervaring wel dat patiënten zich later presenteren in het ziekenhuis en de presentaties daardoor anders (vaak heviger) zijn. Zo zijn er onder andere veel patiënten met instabiele hemodynamiek bij uitgebreide longembolieën en ernstige pulmonale infecties.

Het CMC is een nieuw en kleurrijk ziekenhuis gelegen midden in het centrum van Willemstad met alle benodigde faciliteiten. Het ziekenhuis telt in totaal 300 bedden en is zeer volledig uitgerust met o.a. een intensive care waarbij het ziekenhuis

ook functioneert als medisch-knooppunt voor de omliggende eilanden. Zo komt het dus geregeld voor dat er patiënten direct van het cruiseschip overkomen naar de afdeling (na telefonisch overleg met de dienstdoende arts van het schip) of dat patiënten van andere eilanden ‘ingevlogen’ worden voor bepaalde behandelingen. Er is veel zorg mogelijk maar uiteraard kent het eiland ook zijn beperkingen waarbij patiënten soms uitgeplaatst moeten worden naar Colombia of Nederland.

Gemiddeld liggen er op de afdeling longziekten (een gedeelde afdeling met de cardiologie) ongeveer 15 patiënten opgenomen waar jij de supervisie over hebt. Hierbij wordt het primaire werk gedaan door een ANIOS vanuit de pool interne ANIOS waarbij er een nauwe samenwerking is met de interne geneeskunde met o.a. een gezamenlijke overdracht. Ook dat is erg leerzaam en er heerst een fijne en collegiale sfeer tussen de longartsen en de internisten. Geregeld is er ruimte voor eigen inbreng of scholing op het gebied van de longziekten bij de interne overdracht wat de interne collega's je ook in dank afnemen!

Dagelijks doe je de supervisie over de opgenomen patiënten en heb je daarnaast het dienstsein. Dit kan soms uitdagend zijn maar ook erg leerzaam aangezien je de supervisie doet over de



patiënten op de SEH en je daarnaast gebeld kunt worden over lopende consulten en door collega's binnen het ziekenhuis of huisartsen. Ook ben je dagelijks aanwezig bij de IC-bespreking. Er is op ieder moment een back-up aanwezig bij wie je hulp kunt vragen wanneer dit nodig is. Ook is er een vast bespreekmoment om de supervisie door te nemen met één van de longartsen.

Naast deze taken sta je vast ingedeeld voor een dagdeel op de behandelkamer waar er veel mogelijkheden zijn. Ook doe je in principe twee vaste dagdelen polikliniek per week waarbij je een eigen accent kunt leggen op bijvoorbeeld de ILD of de thoracale oncologie. Ook het doen van achterwacht diensten hoort bij de stage waarbij er uiteraard altijd een 'achter' achterwacht is ingedeeld met wie je kunt overleggen. Het zelfstandig doen van deze diensten, ongeveer één keer per week, vond ik ontzettend leuk, leerzaam en een belangrijke eerste stap naar uiteindelijke zelfstandigheid.

Ook buiten het ziekenhuis valt er genoeg te beleven! Er is een gezellige groep assistenten met wie er geregeld geborrelt wordt na een lange werkdag bij de Netto bar. Ook zijn er talloze prachtige stranden waar je kunt duiken, snorkelen of volledig los kunt gaan qua watersport. Ik heb het geluk gehad om

zowel het Caribisch Carnaval, Pasku (Pasen), het Oogstfeest én Koningsdag mee te mogen maken! Daarnaast zit je midden in de Caraïben waarbij ik de Dominicaanse Republiek en een klein deel van Colombia heb kunnen verkennen. Een vakantie in je tijd daar is dus ook zeker aan te raden!

Curaçao is een bruisend eiland en een echte smeltkroes van culturen wat maakt dat je blik, zowel binnen als buiten het ziekenhuis, verbreed wordt en je toch ook op andere manieren naar de zorg kunt gaan kijken. Ik kijk dan ook terug op een zeer positieve ervaring!

Via deze weg wil ik ook heel graag mijn dank uitspreken naar Joost van den Aardweg, Peter van Tilburg, Rachel Numan en Tamara Blonk voor het mogelijk maken van deze stage en de fijne begeleiding tijdens deze bijzondere periode. Masha dank!

Mocht je naar aanleiding van dit stuk enthousiast zijn geworden over een mogelijke stage? Voel je vooral vrij om contact met Tamara Blonk of mij op te nemen! We vertellen er graag meer over.

Olaf Geerse



Minder profylaxe, zelfde veiligheid?

Extended thrombotic prophylaxis bij COVID 19: wat betekenen de nieuwe bevindingen voor de longgeneeskunde?

Tijdens de COVID 19-pandemie introduceerden veel ziekenhuizen thuismonitoring om ziekenhuiscapaciteit te ontlasten en patiënten eerder veilig naar huis te laten gaan. Tegelijkertijd bleef een belangrijke vraag spelen: moeten deze patiënten standaard tromboseprofylaxe meekrijgen na ontslag? Waar eerdere studies juist voordelen suggereerden, laat een recente retrospectieve cohortstudie in PLOS ONE zien dat routinematige profylaxe in een thuismonitoringssetting mogelijk weinig toevoegt. Deze verrassende bevinding werpt nieuw licht op het dagelijks beleid van longartsen.

Wat was voor jullie het belangrijkste signaal uit de praktijk om dit onderzoek te starten?

Na de pandemie hadden we overleg over onze protocollen en kwamen we erachter dat we een andere keuze hadden gemaakt met betrekking tot tromboseprofylaxe. Gezien de aandacht voor de mogelijke trombogeniciteit van COVID leek het ons een interessante uitkomst om te evalueren.

Kunnen jullie schetsen hoe de thuismonitoringsprogramma's eruitzagen?

Patiënten die in dien mate waren hersteld dat ze een duidelijke klinische verbetering lieten zien, maar nog wel wat zuurstofsuppletie nodig hadden, konden deelnemen aan het thuismonitoringsprogramma. Dat betekende dat ze, indien bekwaam met een telefoon- of tabletapplicatie, naar huis konden met de app en een saturatiemeter en meermaals per dag via de app invulden hoe ze zich voelden en hun vitale gegevens doorgaven. Dit werd gemonitord door een centraal team, waarbij zowel patiënten zelf konden bellen als door middel van een signaleringsfunctie het thuismonitoringsteam actief patiënten kon bellen. Indien nodig, konden patiënten worden teruggezien in het ziekenhuis.

Eerdere studies suggereerden juist wel voordeel van profylaxe na COVID 19 ontslag. Waarom verwachtten jullie een andere uitkomst?

Tijdens de start van het protocol in het St. Antonius Ziekenhuis was er nog weinig bekend en hebben we een protocol gemaakt met de aanname dat patiënten thuis mobiel zijn en dus geen profylaxe nodig hebben. Bij het overnemen van ons het protocol heeft het Maasstad Ziekenhuis ervoor gekozen om wel door te gaan met profylaxe, vanuit de gedachte dat het om een verplaatste ziekenhuisopname ging.

Hoe hebben jullie de vergelijkbaarheid van de twee patiëntengroepen gewaarborgd?

De basiscriteria waren hetzelfde: opname met COVID, klinisch verbeterend, maar nog wel behoefte aan O2 en/of bewaking. Maar het is een retrospectieve analyse, dus we hebben de vergelijking gedaan met de groepen die er waren. We hebben

daarna door middel van demografische analyse natuurlijk wel de verschillen toegelicht; dat bleken het voorkomen van meer pulmonale comorbiditeiten in Nieuwegein en meer cardiale comorbiditeiten in Rotterdam.

Welke beperkingen of knelpunten kwamen jullie tegen door het retrospectieve karakter van het onderzoek?

Met name missende data, zoals gewicht, lengte (en dus BMI). Daarnaast is door het retrospectieve aspect enkel een associatie, geen causatie te vinden.

Jullie onderzochten specifiek nadroparine. Was dat een bewuste keuze?

Ja, nadroparine werd in beide centra reeds voor het uitbreken van de pandemie als standaard antitromboticum ingezet, zowel klinisch, als bij ambulante patiënten.

Wat was het meest verrassend aan de resultaten?

Zowel het feit dat er geen verschil leek te zijn in incidentie van VTE tussen de groepen patiënten, als het feit dat er relatief veel (ongeveer 5%) VTE in onze beider groepen naar voren kwam.

Hoe moeten longartsen deze bevindingen wegen ten opzichte van eerdere trials die wel voordelen lieten zien?

In het licht van de veranderende situatie, virale strains en mogelijke trombogeniciteit lijken onze uitslagen te passen in het verminderen van de ernst van ziekte en dus verminderende noodzaak aan behandeling met antistolling in een ambulant traject.

Jullie studie besloeg bijna twee jaar met wisselende varianten en behandelstrategieën. Zagen jullie relevante trends?

Naarmate de tijd verstreek kwam er meer vertrouwen in het systeem en werden mensen makkelijker ontslagen. We hebben tevens de indruk dat de trombogeniciteit van COVID-19 afnam met de tijd. Dat hebben wij niet aangetoond, maar blijkt onder andere wel uit het artikel van Manzur-Pineda¹.

Moeten longartsen op basis van jullie bevindingen stoppen met routinematige tromboseprofylaxe bij thuismonitoring?

Ons advies is om de klinische toestand en trombogeniciteit van ziekte mee te wegen in de beslissing om wel of geen antistolling voor te schrijven, en bij COVID-19 dit los te laten. Bij toekomstige studies naar thuisbehandeling kunnen onderzoekers onze resultaten meenemen in hun keuze voor wel of geen antistolling thuis. Persoonlijk voelt het veilig om het achterwege te laten, maar dit is natuurlijk niet naar alle thuisbehandelingen te generaliseren.

Wat kunnen longartsen direct toepassen in de praktijk?

In het St. Antoniusziekenhuis ontslaan we elk jaar een kleine groep patiënten naar huis in het verlengde van dit

programma, bijvoorbeeld patiënten met Influenza, of in 2025 Mycoplasma pneumoniën. Deze patiënten krijgen dan ook geen trombose profylaxe.

Welke beperkingen zijn het belangrijkst om te benoemen?

Het retrospectieve aspect, gebrek aan controlegroep wat inherent is aan deze retrospectieve opzet en de verschillende mogelijkheden aan time bias (immortal time bias, time-lag en competing risk timing)

Ten slotte: welke rol zien jullie voor AI en nieuwe technologie in toekomstige thuismonitoring van longpatiënten?

Op dit moment zijn ervoor zover ons bekend geen onderzoeken of programma's die de inzet voor AI hierin onderzoeken. Bij thuismonitoring in het algemeen kan AI zorgen voor steeds meer automatische afhandeling van alarmen en dus hebben we steeds minder personeel nodig om een grote groep patiënten te monitoren. Ook kan AI worden gebruikt om laagdrempelig nieuwe patiënten informatie te maken. Binnen het EPD kan AI ons wellicht helpen in het herkennen van de laagrisico patiënt en zo de keuze voor vervroegd ontslag helpen.



Deze studie geeft nieuwe inzichten in een onderwerp dat lang onderwerp van discussie was. Voor longartsen betekent dit dat het beleid rond tromboseprofylaxe na vroeg ontslag bij COVID 19 mogelijk kan worden bijgesteld, met behoud van patiëntveiligheid en vermindering van onnodige behandelbelasting.

Sebastiaan T. van 't Hoff, Amphia Breda
Gea Helfrich, Maasstad Ziekenhuis Rotterdam
Sanne Boerma, St. Antonius, Nieuwegein
Hans A. Hardeman, St. Antonius, Nieuwegein

Publicatie: PLOS ONE (2026) – Extended thrombotic prophylaxis in COVID 19 early discharge: A retrospective cohort study (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0340889>)

T.Manzur-Pineda, K., O'Neil, C. F., Bornak, A., Lalama, M. J., Shao, T., Kang, N., ... & Rey, J. (2022). COVID-19-related thrombotic complications experience before and during delta wave. Journal of vascular surgery, 76(5), 1374-1382.



Optimizing treatment and outcomes for patients with sarcoidosis

Samenvatting proefschrift Vivienne Kahlmann

Erasmus Universiteit Rotterdam, 27 mei 2026

Promotor: Prof. Dr. Marlies Wijsenbeek

Copromotor: Dr. Karen Moor

Sarcoïdose is een systemische inflammatoire aandoening gekenmerkt door granuloomvorming, die zich in vrijwel elk orgaan kan manifesteren; pulmonale betrokkenheid treedt op bij ongeveer 90% van de patiënten. Hoewel bij een aanzienlijk deel van de patiënten spontane remissie optreedt, is behandeling geïndiceerd bij orgaandysfunctie of ernstige symptomen. Naast orgaan specifieke klachten ervaren patiënten vaak algemene symptomen, zoals vermoeidheid en psychologische klachten, die vaak onvoldoende reageren op immunosuppressieve behandeling. Dit onderstreept het belang van een multidisciplinaire en persoonsgerichte benadering van zorg. In dit proefschrift worden verschillende strategieën onderzocht, gericht op het verbeteren van zowel medicamenteuze als niet-medicamenteuze behandelingen, met als doel de kwaliteit van leven van patiënten met sarcoïdose te verbeteren.



Het eerste deel van dit proefschrift richt zich op de optimalisatie van de medicamenteuze behandeling. De huidige eerstelijnsbehandeling met prednison gaat vaak gepaard met bijwerkingen en behandeling-gerelateerde morbiditeit. Methotrexaat, dat momenteel als tweedelijnsbehandeling wordt aanbevolen, lijkt mogelijk beter verdragen te worden. In een retrospectief cohortonderzoek naar patiëntervaringen binnen dit proefschrift rapporteerden significant meer patiënten bijwerkingen bij prednisongebruik (78%) dan bij methotrexaatgebruik (49%). De PREDMETH-studie was een Nederlandse multicenter non-inferioriteitsstudie, uitgevoerd in 17 ziekenhuizen, waarin de effectiviteit van methotrexaat werd vergeleken met prednison als eerstelijnsbehandeling voor pulmonale sarcoïdose. In totaal namen 138 patiënten deel. Methotrexaat bleek non-inferieur aan prednison op basis van de verandering in geforceerde vitale capaciteit na 24 weken. Ook voor secundaire uitkomsten, waaronder diffusiecapaciteit, symptomen en kwaliteit van leven, werd non-inferioriteit aangetoond. De snelheid van effect verschilde tussen beide behandelingen: prednison had een snel effect binnen vier weken, terwijl methotrexaat een meer geleidelijke verbetering liet zien. De aard van de bijwerkingen verschilde: prednison ging vooral gepaard met gewichtstoename, slapeloosheid en een verhoogde eetlust, terwijl methotrexaat vaker misselijkheid, vermoeidheid en levertestafwijkingen veroorzaakte. Bijwerkingen in de methotrexaatgroep waren vaker van voorbijgaande aard. Deze studie laat zien dat methotrexaat

een volwaardig alternatief is voor prednison en benadrukt het belang van shared decision-making bij het kiezen van de optimale behandeling.

Het tweede deel van dit proefschrift richt zich op de verbetering van de kwaliteit van leven aan de hand van niet-medicamenteuze interventies. Sarcoïdose gaat frequent gepaard met algemene symptomen zoals vermoeidheid. Vermoeidheid wordt door patiënten vaak ervaren als het meest belastende symptoom en heeft een grote impact op het dagelijks functioneren. De etiologie is multifactorieel, waarbij fysieke, psychologische en gedragsmatige factoren een rol spelen. Vermoeidheid reageert vaak onvoldoende op immunosuppressieve behandeling en kan aanhouden ondanks het ontbreken van actieve ziekte. In dit proefschrift is het effect van online mindfulness-based cognitieve gedragstherapie (eMBCT) onderzocht in de multicenter gerandomiseerde Tired-studie (Erasmus MC, Zuyderland MC en St. Antonius Ziekenhuis), waaraan 99 patiënten deelnamen. Gedurende 12 weken volgden de patiënten een online programma met educatie, oefeningen, een vermoeidheidsdagboek en mindfulness oefeningen, begeleid door een ervaren psycholoog. Na twaalf weken leidde eMBCT tot een significante en klinisch relevante afname van vermoeidheid, evenals tot verbeteringen in angst, depressie, mindfulness en kwaliteit van leven.

Een groot deel van het leven met sarcoïdose speelt zich buiten het zicht van het ziekenhuis af en blijft in de klinische praktijk vaak onderbelicht. In het laatste hoofdstuk worden patiëntervaringen onderzocht op basis van berichten van een Nederlands online sarcoïdoseplatform. Met behulp van een innovatieve machine learning-methode zijn deze gegevens geanalyseerd en vertaald naar een overzicht van het patiënttraject. De resultaten tonen dat patiëntperspectieven vooral betrekking hebben op symptomen (overwegend negatief), medicatie (voornamelijk neutraal) en kwaliteit van leven (gemengd). Deze studie laat zien dat machine learning een waardevolle methode is om grootschalige patiëntdata te analyseren en beter inzicht te krijgen in het patiëntperspectief. De bevindingen in dit proefschrift dragen bij aan de verdere ontwikkeling van zowel medicamenteuze als niet-medicamenteuze behandelstrategieën en onderstrepen het belang van patiëntgerichte zorg. Toekomstig onderzoek dient zich te richten op verdere optimalisatie en individualisering van behandeling.

Het volledige proefschrift is te downloaden op de website van de NVALT.



Highlights recente literatuur

01-01-2026 t/m 01-04-2026

In deze nieuwe rubriek geven we een beknopt overzicht van recente, voor de longgeneeskunde relevante publicaties uit toonaangevende tijdschriften. Het betreft nadrukkelijk een selectie: een greep uit de veelheid aan verschenen literatuur van de afgelopen maanden. Deze rubriek is nieuw en het format zal zich de komende edities verder ontwikkelen. We streven ernaar om een zo relevant en actueel mogelijk overzicht te bieden, maar kunnen niet garanderen dat deze selectie volledig is. Om consistentie te waarborgen, baseren wij de publicatiedatum op de definitieve uitgave en niet op de eerdere online beschikbaarheid. Suggesties voor belangrijke recente artikelen die we mogelijk gemist hebben, zijn dan ook van harte welkom. Daarnaast wijzen we u er graag op dat wij maandelijks per e-mail een overzicht verspreiden van recent verschenen, relevante publicaties uit de grote internationale tijdschriften. Deze update vormt ook de basis voor deze rubriek. Indien u deze maandelijkse literatuurupdate wilt ontvangen, kunt u zich eenvoudig aanmelden voor de 'LongScope' door een e-mail te sturen naar ondergetekenden.

Oncologie

Osimertinib + chemotherapie bij EGFR-gemuteerd NSCLC (FLAURA2)

Eerstelijns behandeling waarbij osimertinib gecombineerd met platinum-pemetrexed resulteert in een significante verlenging van de algehele overleving ten opzichte van osimertinib monotherapie, ook bij patiënten met hersenmetastasen. De combinatie gaat wel gepaard met meer (reversibele) toxiciteit. Deze studie ondersteunt een verschuiving richting combinatietherapie bij deze patiëntengroep.

Jänne et al., NEJM 2026

DOI: 10.1056/nejmoa2510308

Sacituzumab tirumotecan bij TKI-resistent NSCLC

Bij patiënten met EGFR-gemuteerd NSCLC na falen van TKI-therapie leidde behandeling met de antibody–drug conjugate sacituzumab tirumotecan tot significante winst in progressievrije en algehele overleving vergeleken met chemotherapie. Dit biedt een nieuwe behandeloptie in een setting na doelgerichte therapie met beperkte alternatieven.

Fang et al., NEJM 2026

DOI: 10.1056/NEJMoa2512071

Longembolie

Vereenvoudigde D-dimeer strategie bij verdenking longembolie

Een diagnostische strategie gebaseerd op één klinische vraag ("is longembolie de meest waarschijnlijke diagnose?") gecombineerd met aangepaste D-dimeer drempels blijkt veilig

en reduceert het gebruik van beeldvorming aanzienlijk. Deze aanpak kan de diagnostiek op de SEH vereenvoudigen zonder verlies van veiligheid.

Roussel et al., Lancet Respir Med 2026

DOI: 10.1016/S2213-2600(25)00292-9

Apixaban versus rivaroxaban bij veneuze trombo-embolie (COBRRA)

In een gerandomiseerde studie bij patiënten met acute VTE was het risico op klinisch relevante bloedingen significant lager met apixaban dan met rivaroxaban, zonder verschil in mortaliteit. Deze bevinding ondersteunt de voorkeur voor apixaban bij de initiële behandeling van VTE.

Castellucci et al., NEJM 2026

DOI: 10.1056/nejmoa2510703

Astma

Tezepelumab voor afbouw orale corticosteroïden bij ernstig astma (WAYFINDER)

Behandeling met tezepelumab maakt het bij het merendeel van de patiënten met ernstig, OCS-afhankelijk astma mogelijk om de onderhoudsdosis sterk te verlagen, en bij meer dan de helft zelfs volledig te staken, zonder verlies van astma controle. Dit onderstreept de rol van biologicals in het verminderen van corticosteroïd gerelateerde morbiditeit en is met name relevant omdat deze behandeling breed toepasbaar lijkt over verschillende inflammatoire fenotypes.

Jackson et al., Lancet Respir Med 2026

DOI: 10.1016/S2213-2600(25)00359-5

Dyspneu

POCUS bij dyspneu op de SEH

Eerdere studies suggereerden dat point-of-care echografie (POCUS) bij patiënten met dyspneu op de SEH kan bijdragen aan een snellere en accuratere diagnose. De vraag is echter of dit zich ook vertaalt naar patiënt relevante uitkomsten, zoals hoger percentage ontslag binnen 24 uur wat in eerdere studies werd gesuggereerd. In deze gerandomiseerde studie in 10 Deense SEH's werd dit effect echter niet bevestigd: toevoeging van gerichte long- en hartecho leidde niet tot een hoger percentage ontslag binnen 24 uur of een kortere opnameduur. Deze bevinding suggereert dat de meerwaarde van het standaard toevoegen van POCUS in deze setting voor patiënt relevante uitkomsten mogelijk beperkter is dan eerder gedacht.

Ovesen et al., ERJ 2026

DOI: 10.1183/13993003.00070-2025

Uitgelicht: Longembolie

Uitgebreide samenvatting

Twee recente studies adresseren belangrijke stappen in zowel de diagnostiek als behandeling van veneuze trombo-embolie.



Apixaban versus rivaroxaban bij acute VTE (COBRRA)

In deze internationale, gerandomiseerde studie bij 2760 patiënten met acute symptomatische longembolie of proximale diepe veneuze trombose werd apixaban vergeleken met rivaroxaban gedurende 3 maanden. De primaire uitkomst, klinisch relevante bloedingen (major en niet-major), trad significant minder vaak op in de apixaban-groep dan in de rivaroxaban-groep (3,3% versus 7,1%; RR 0,46; 95% BI 0,33–0,65). Mortaliteit was laag en vergelijkbaar tussen beide groepen.

Vereenvoudigde D-dimeer strategie bij verdenking longembolie.

In deze prospectieve studie in 13 Franse SEH's werden 1221 patiënten met verdenking op longembolie geïnccludeerd. Bij patiënten bij wie longembolie niet de meest waarschijnlijke diagnose was, werd een D-dimeer drempel van 1000 ng/mL gebruikt om beeldvorming te vermijden; bij overige patiënten werd een leeftijdsafhankelijke drempel toegepast. De diagnostische faalratio was zeer laag (0,00%; 95%

BI 0,00–0,34) en bleef binnen de vooraf gedefinieerde veiligheidsgrens. Deze strategie leidde tot een reductie van beeldvorming tot 32%, een absolute afname van 19% ten opzichte van een vaste drempelstrategie. Hiermee lijkt deze vereenvoudigde aanpak een veilige manier om het gebruik van beeldvorming bij verdenking longembolie te verminderen.

Voor vragen of opmerkingen over deze rubriek kunt u contact opnemen via ondergetekenden. Ook voor aanmelding voor de maandelijkse literatuur update per e-mail kunt u een bericht sturen naar hetzelfde adres. Wilt u bijdragen aan deze rubriek of meedenken over de invulling, dan horen wij dat uiteraard ook graag.

Pauline Boot, p.c.boot@isala.nl

Wytze de Boer, w.s.de.boer@isala.nl

Met dank aan Peter Plomp, longarts Isala

De Longcast: een jaar vol verdieping, inspiratie en vakman

Ruim een jaar geleden startte een groepje ambitieuze longartsen in samenwerking met de NVALT de Longcast. In deze ongesponsorde podcast kunnen longartsen, onderzoekers en andere experts vrijuit spreken over hun vak, hun ervaringen en de ontwikkelingen die onze dagelijkse praktijk vormgeven. Het resultaat is een rijk archief aan afleveringen die zowel verdieping bieden voor de ervaren longarts als inspiratie voor AIOS en andere geïnteresseerden. De gesprekken zijn divers, persoonlijk, soms verrassend technisch en altijd relevant. Het afgelopen jaar heeft laten zien dat er behoefte is aan dit soort verdieping. Aan verhalen die verder gaan dan de congreszaal of de richtlijn. Tijd om stil te staan bij wat we hebben opgebouwd.

Waarom De Longcast geweldig is?

De kracht van de podcast zit in de combinatie van inhoud en persoonlijkheid. Je hoort collega's praten zoals je ze in de wandelgangen hoort: open, eerlijk, nieuwsgierig. De afleveringen bieden praktische inzichten die je direct kunt toepassen, achtergrondinformatie die je helpt om keuzes beter te begrijpen, reflectie op het vak en de ontwikkelingen binnen de longgeneeskunde. We hopen luisteraars te inspireren om zelf verder te denken, te leren of te innoveren.

Of je nu AIOS bent, ervaren longarts, beleidsmaker of onderzoeker, er is altijd een aflevering die je raakt of verder helpt.

Dit is een mooi moment om even terug te kijken op de eerdere afleveringen. Heb je ze nog niet beluisterd, dan nodig ik je van harte uit om dat alsnog te doen.

Hiernaast alle afleveringen op een rij.



De behandelkamer

Hans Daniels

Een stevige aftrap waarin Hans ons meeneemt in de wereld van pulmonale interventies. Van de nieuwste technieken tot de finesse van bronchoscopie en EBUS. Een aflevering vol praktische tips en verhalen van de snijtafel.



Duikgeneeskunde

Emile Dubois

Een fascinerende verkenning van ademhaling onder extreme omstandigheden. Emile vertelt over duikongevallen, drukverschillen, vliegen met een longziekte en de fysiologie van hoogte. Een aflevering die je blik verruimt, ook als je zelf nooit een duikfles hebt aangeraakt.



Post-COVID klinieken

Leon van den Toorn

Leon geeft een openhartig kijkje achter de schermen van de post-COVID zorg. Hoe organiseer je zorg voor een nieuwe patiëntengroep? Wat kunnen patiënten verwachten? En hoe kijkt hij terug op zijn tijd als NVALT-voorzitter in een turbulente periode.



Longrevalidatie

Eline bij de Vaate

Eline schetst een helder beeld van de waarde van revalidatie voor mensen met COPD en astma. Ze bespreekt de rol van expertisecentra, de selectie van patiënten en de langetermijneffecten. Een aflevering die laat zien hoe breed en belangrijk revalidatie is.



Sarcoïdose

Jelle Miedema

Jelle neemt ons mee in de complexiteit van sarcoïdose. Van biomarkers tot vermoeidheid en van diagnostiek tot dagelijkse praktijk: een aflevering die zowel kennis verdiept als begrip vergroot.



Bestuurlijke blik

Henk Kramer en Ingrid van der Gun

Een reflectie op het NVALT-jaar. Wat speelde er, wat is bereikt en wat staat er op de agenda? Een waardevolle aflevering voor iedereen die wil weten hoe beleid en praktijk elkaar beïnvloeden.



Thuisbeademing

Marieke Duivermans

Een brede en toegankelijke aflevering over de wereld van het CTB. Marieke bespreekt indicaties, logistiek, neuromusculaire aandoeningen, ethische dilemma's en de toekomst van cNIV. Ook AIOS krijgen een inkijkje in de mogelijkheden voor verdieping.



Navigatiebronchoscopie

Stephan Kops en Roel Verhoeven

Een kijkje in de ontwikkeling van een innovatieve techniek voor diagnostiek bij longkanker. Stephan en Roel vertellen over de samenwerking tussen longartsen en technisch geneeskundigen en over de impact op de dagelijkse praktijk.



Alfa-1-antitrypsinedeficiëntie

Emily van 't Wout

Emily legt helder uit waarom AAT-deficiëntie vaker herkend moet worden en hoe genetica, kliniek en praktijk samenkomen. Een aflevering die je alert maakt op een vaak gemiste diagnose.



NSCLC bij kwetsbare patiënten

Annemarie Becker

Hoe pas je personalized medicine toe bij patiënten die minder belastbaar zijn? Annemarie bespreekt de afwegingen, de wetenschap en de hulpmiddelen die helpen bij complexe besluitvorming.



AI in de longradiologie

Firdaus Mohamed Hoesein

Een toekomstgerichte aflevering over de rol van AI in beeldvorming. Firdaus neemt ons mee en laat ons zien wat er nu al kan en wat er nog aan gaat komen. En hoe verandert dit de samenwerking tussen radioloog en longarts?



De Groene Longarts

Bas van der Maat en Lisanne Somers

Een inspirerend gesprek over duurzaamheid in de longzorg. Bas en Lisanne laten zien hoe groot de impact van zorg is op het milieu en vooral: wat we zelf kunnen doen om die te verkleinen.

We zoeken een nieuwe interviewer voor de Longcast.

Omdat één van onze commissieleden, Duco Deenstra, momenteel in IJsland werkt zijn wij op zoek naar een nieuwe AIOS of jonge klare die het leuk vindt om collega longartsen en andere zorgprofessionals te interviewen. Op de website van de NVALT vereniging/nvalt-vacatures vind je de volledige vacaturetekst. Ben jij of ken jij iemand die perfect zou passen? Laat het ons weten!

Denk je mee over de toekomst van Longcast?

We gaan inmiddels ons tweede Longcast jaar in en zijn benieuwd naar jullie ideeën, wensen en behoeften. Daarom vragen we je om een korte vragenlijst in te vullen. Jouw input helpt ons om de podcast verder te versterken en nog beter aan te laten sluiten bij de praktijk. Scan de QR en denk mee.

Luister

Of je nu onderweg bent, een dienst draait of even tijd hebt tussen patiënten door, er staat altijd een aflevering klaar die je blik verruimt. Je vindt De Longcast via de NVALT-website en in alle gangbare podcastapps.

Samen maken we de longzorg beter. Eén gesprek per keer.

Brigitte Sondermeijer

Duco Deenstra

Kirsten van de Groep

Viresh Jagesar



Een afwisselend vak met adembenemende impact

Er zijn momenten waarop een vakgebied zichzelf opnieuw moet uitvinden. Niet omdat het veranderd is, maar omdat het tijd wordt om te laten zien wat het altijd al was. Voor de longgeneeskunde was dat moment enkele maanden geleden toen een diverse groep NVALT leden, van AIOS en jonge klaren tot longartsen met 30 jaar ervaring, van perifeer tot academisch, samenkwam om één vraag te beantwoorden: Wie is de longarts eigenlijk? Het bleek een vraag die verrassend veel losmaakte. Want hoewel longartsen dagelijks werken in het hart van de zorg, is het vak voor veel geneeskundestudenten nog altijd een blinde vlek. Longziekten zijn geen verplicht coschap, soms niet eens een standaard keuze. En toch, wie eenmaal binnenstapt, blijft. Niet zelden per toeval, maar altijd uit overtuiging.

De zoektocht naar een profiel

Onder begeleiding van Branddoctors werd in kaart gebracht wat longartsen onderscheidt van andere specialisten. De uitkomst was opvallend eensgezind: de veelzijdigheid van het vak, de directe impact op kwaliteit van leven en de menselijke nabijheid die het werk kenmerkt. Longartsen zijn specialisten die de longen kennen tot in de kleinste vertakkingen, maar die net zo goed de mens daarachter zien. Het zijn precies die elementen die terugkwamen in de brede enquête die onder de leden werd uitgezet. Maar liefst 74 longartsen gaven hun visie op drie mogelijke richtingen: Verrassend veelzijdig, Normaalste vak van de wereld en Adembenemende impact. De uitkomst was geen keuze, maar een combinatie. Een samensmelting van

alles wat het vak zo bijzonder maakt. Daaruit ontstond de slogan die inmiddels de kern vormt van de nieuwe profilering: “Een afwisselend vak met adembenemende impact.”

Van slogan naar script

Met deze basis werd het productiebedrijf Full Frame benaderd. Al snel bleek dat de creatieve richting en de inhoudelijke visie naadloos op elkaar aansloten. Het script dat volgde, was compact maar krachtig. Een ode aan het vak, opgebouwd uit zinnen die bijna poëtisch de essentie van de longgeneeskunde vangen: “Wij zijn er voor elke ademhaling. Wij bevorderen de kwaliteit van leven. En bewaken het als het kwetsbaar wordt...”

Het script eindigde met een URL: www.werkenalslongarts.nl. Een website die nog niet bestond, maar wat een goed idee! Als we willen laten zien hoe mooi het vak is, dan hoort daar een plek bij waar jonge dokters kunnen ontdekken wat de longgeneeskunde te bieden heeft. Binnen enkele dagen werd de domeinnaam vastgelegd en ontstond het plan voor een platform dat zowel informatief als inspirerend moest zijn.

De website werkenalslongarts.nl werd opgebouwd rondom dezelfde kernwaarden als de film. Wat maakt het vak zo mooi? Wat kun je leren? Waar kun je groeien? Dankzij de “Opleiding in de kijker” was er al heel veel informatie beschikbaar over de verschillende opleidingsklinieken. Deze artikelen, over leren, samenwerken, plezier en vakmanschap, werden ingekort tot toegankelijke profielen van zo’n 200 woorden. Zo ontstond een



overzicht dat jonge dokters in één oogopslag laat zien waar ze terecht kunnen voor een gedegen en inspirerende opleiding. Alles overzichtelijk verdeeld onder de diverse OOR's.

Twée draaidagen, tachtig minuten film

Toen het script eenmaal stond, kon het filmen beginnen. Het oorspronkelijke plan was om in meerdere ziekenhuizen te draaien, maar logistiek bleek dat niet haalbaar. Het UMCG bood uitkomst en meer dan dat. Twee intensieve draaidagen leverden een film op van nog geen anderhalve minuut, maar wel één die de volledige breedte van het vak laat zien. In een tijd waarin aandacht schaars is, moet een film snel raken en dat doet deze film. Niet door te versnellen, maar door te vertragen, door te kijken, te luisteren, te voelen. De medewerking vanuit het UMCG was hartverwarmend. Stafleden, verpleegkundigen, patiënten, iedereen werkte mee. Een vrouw in de wachtkamer vertelde trots dat haar man nu eindelijk eens “in de belangstelling mocht staan”. Een patiënt die een dag eerder een longtransplantatie had ondergaan, stemde zonder aarzeling in met opnames op de spoed. Hij wilde laten zien hoe belangrijk het vak is. En dan was er de vrouw die buiten gefilmd werd. Ze vond het confronterend om zichzelf terug te zien, maar ze was dankbaar dat ze deel mocht uitmaken van het proces. Het zijn dit soort momenten die de film niet alleen mooi maken, maar ook waarachtig.

De filmploeg bestond uit vier mensen: een regisseur, cameraman, lichtman en stagiair. Dat er een lichtman nodig was

voor opnames overdag, leek mij eerst wat overdreven. Totdat het verschil zichtbaar werd. In de wachtkamer keek ik mee op het scherm van de regisseur. Eerst zag ik twee mensen in een ruimte. Toen het licht werd aangepast, ontstond er emotie, diepte, echtheid. Met het juiste licht werd niet alleen een scène zichtbaar, maar een verhaal. En dat is ook precies wat deze film doet: het vak in het juiste licht zetten. Het resultaat is een film die in tachtig seconden laat zien wat woorden soms niet kunnen vangen. De veelzijdigheid, de nabijheid, de verantwoordelijkheid, de impact. Daarnaast zijn er korte snippets gemaakt voor sociale media, zodat ook daar de kracht van het vak zichtbaar wordt. Samen met de website vormt de film een pakket dat jonge dokters niet alleen informeert, maar vooral inspireert.

De film en de website zijn een begin, een fundament. Maar het verhaal van de longarts is groter dan één productie. Het is een vak dat ademt, beweegt, raakt. Een vak dat misschien wel het mooiste is dat je per toeval kunt ontdekken.

De film en het beeldmateriaal is beschikbaar voor wachtkamers, events en social media. Ook voor ideeën of aanvullingen om de website verder uit te bouwen tot een platform om het longartsenvak verder uit te dragen kunt u mailen naar wvlug@nvalt.nl.

Wilma Vlug



Longgeneeskunde in een veranderend klimaat

Waarom verduurzaming van de zorg juist ons vak raakt

Klimaatverandering is allang geen abstract milieuthema meer. Voor longartsen is het dagelijkse realiteit. Hittegolven, luchtvervuiling, pollen, bosbranden en vochtige woningen zorgen voor meer exacerbaties, meer ziekenhuisopnames en grotere gezondheidsverschillen. Tegelijkertijd draagt de zorgsector zelf aanzienlijk bij aan CO₂-uitstoot en milieubelasting. Die dubbele rol, slachtoffer en veroorzaker, maakt verduurzaming van de zorg urgent en bij uitstek relevant voor de longgeneeskunde. De Groene Zorg Alliantie zet zich in om zorgprofessionals hierin te ondersteunen en hun stem te laten horen: lokaal, nationaal en Europees. Wat betekent deze beweging concreet voor longartsen?

Van spreekkamer tot Brussel: zorgprofessionals laten zich horen

Begin 2026 nam de Groene Zorg Alliantie het initiatief voor een krachtige Europese oproep. Samen met onder andere Health Care Without Harm en de Standing Committee of European Doctors werd namens meer dan 1 miljoen zorgprofessionals een open brief gestuurd aan Ursula von der Leyen, voorzitter van de Europese Commissie. De boodschap: publiceer uiterlijk eind juni 2026 een Europese strategie voor klimaat en gezondheid. Die koppeling is cruciaal voor de longgeneeskunde. Luchtkwaliteit, klimaatadaptatie en preventie raken ons vak direct. Europese wetgeving bepaalt immers normen voor fijnstof, geneesmiddelenbeleid, landbouw en mobiliteit. Allemaal factoren die longgezondheid beïnvloeden. Door collectief op te trekken, krijgt de medische stem meer gewicht in dit soort besluiten.

Preventie begint buiten het ziekenhuis

Gezondheid wordt voor slechts ongeveer 11% bepaald binnen de zorg. De leefomgeving speelt een veel grotere rol. Daarom was de Groene Zorg Alliantie medeondertekenaar van een brief van Caring Doctors aan gemeenten over het belang van een gezonde voedselomgeving. Op het eerste gezicht lijkt voeding misschien ver af te staan van de longzorg, maar schijn bedriegt. Een gezonde leefstijl vermindert systemische ontsteking, obesitas en comorbiditeit, factoren die ook bij astma, COPD en slaapapneu een rol spelen.

De oproep aan gemeenten was helder:

- maak de gezonde keuze makkelijker in de publieke ruimte
 - investeer in educatie en bewustwording
 - betrek zorgprofessionals actief bij lokaal gezondheidsbeleid
- Voor longartsen biedt dit kansen om buiten de spreekkamer invloed uit te oefenen, bijvoorbeeld via GGD'en, omgevingsdiensten of regionale preventienetwerken. Ook in de spreekkamer kan het beland van plantaardigere voeding ter sprake komen.

Duurzame zorg: ook in onze eigen praktijk

Verduurzaming zit niet alleen in beleid, maar juist ook in het dagelijks handelen. De zorg produceert jaarlijks 300 miljoen kilo afval en verbruikt 13% van de grondstoffen die we in Nederland



gebruiken. Ook binnen de longgeneeskunde valt winst te behalen. De R-ladder is daarbij een belangrijkste vuistregel: bovenaan Refuse - passende zorg (voorkomen van zorg zonder toegevoegde waarde) levert de meeste winst op. Reduce - als je iets verbruikt, doe dat dan in passende hoeveelheden. Recycle - kleine moeite, maar levert ook het minst op.

Refuse - Minder verspillen

De campagne 'Zorg zonder Afval' laat zien dat 25% minder ongesorteerd restafval realistisch is. Betere afvalscheiding, hergebruik van materialen en kritisch kijken naar wegwerpproducten leveren directe milieuwinst op – vaak zonder impact op kwaliteit of veiligheid. Met de campagne 'No risk, no glove' zette het UMCG zinloos gebruik van handschoenen op de kaart. In 1 jaar bespaarden ze daarmee maar liefst 2.2 miljoen handschoenen en 180.000 euro.

Slim voorschrijven

Geneesmiddelen hebben een aanzienlijke ecologische voetafdruk. Denk aan productie, verpakking en reststoffen in water. Onderzoek naar duurzaam en minder voorschrijven richt zich op de vraag: wanneer kan het met minder, zonder dat de patiënt daaronder lijdt? Longartsen spelen hierin een sleutelrol, bijvoorbeeld bij doseringen, inhalatie-instructies en herhaalrecepten. Ook wát je voorschrijft doet ertoe. Longartsen hebben een van de meest impactvolle maatregelen in de hand. Waar medisch verantwoord kunnen zij een poederinhalator voorschrijven i.p.v. een dosisaërosol (sterk broeikas); hiermee kun je als voorschrijver per patiënt per jaar meer CO₂ besparen dan door een jaar lang alle vlees, vis en zuivel te vermijden!

Bewuste keuzes

Ook zaken als congresbezoek doen ertoe. Radiologen becijferden dat één internationaal fysiek congres meer CO₂ uitstootte dan de top 50 meest gebruikte wegwerpmaterialen van alle Nederlandse academische ziekenhuizen bij elkaar, drie jaar lang! Steeds meer professionals pleiten daarom voor hybride of regionale alternatieven, zonder verlies van kennisuitwisseling.

Gedragverandering vraagt leiderschap

Duurzame zorg vraagt niet alleen om goede intenties, maar ook om gedragsverandering. Dat is vaak het lastigste deel. Hoe neem je collega's mee? Hoe krijg je duurzaamheid op de agenda



van je vakgroep of afdeling? Het trainingsprogramma 'Zorg met Toekomst' richt zich op groene koplopers in ziekenhuizen en revalidatiecentra en combineert klimaatpsychologie met praktische handvatten. Juist longartsen, die dagelijks de gevolgen van luchtvervuiling en klimaat zien, kunnen hierin een voortrekkersrol vervullen.

Kennis delen: samen sneller vooruit

De Groene Zorg Alliantie beheert inmiddels een platform met meer dan 400 duurzame zorginitiatieven. Ook kun je inspiratie opdoen via hun Groene Zorg Podcast, hun boek 'Groene Planeet, Groene Zorg', of het jaarlijks Groene Zorg Festival. Hier worden best practices gedeeld; van kleine, praktisch toepasbare acties tot compleet doorgerekende projecten. Juist door voorbeelden te delen, versnelt de transitie. Ook binnen de longgeneeskunde ontstaan steeds meer groene poli's,

duurzame inhalatorprojecten en preventie-initiatieven rond schone lucht.

Waarom dit nu belangrijk is

We staan op een kruispunt. Klimaatverandering wordt door gerenommeerde instituten als de RVS, het RIVM en de Pan-Europese Commissie voor Klimaat & Gezondheid beschouwd als catastrofaal voor de gezondheid, terwijl de zorg zelf onder druk staat. Verduurzaming is geen extra taak 'erbij', maar een voorwaarde om ons vak toekomstbestendig te houden. Door preventie serieus te nemen, kritisch te kijken naar ons eigen handelen en samen op te trekken richting beleid en bestuur kunnen we bijdragen aan gezondere longen én een gezondere planeet.

Duurzame zorg maak je niet alleen, maar samen.

De Groene Zorg Alliantie en de Groene Longarts

De Groene Zorg Alliantie verbindt via ruim 270 landelijke commissies en lokale green teams zo'n 40.000 zorgprofessionals die zich inzetten voor duurzame zorg en een gezonde aarde. Eén van de aangesloten commissies is de Groene Longarts. Enerzijds biedt de Groene Zorg Alliantie zorgprofessionals een community voor het vergroenen van de zorg, via bijvoorbeeld het jaarlijks Groene Zorg Festival met 750 bezoekers, hun boek Groene Planeet, Groene Zorg; of de Groene Zorg Podcast. Anderzijds vormen zij één krachtige groene gezondheidsstroom naar de zorgsector, de overheid en de politiek. Zo agendeerden zij 'planetaire gezondheid' als onderdeel van alle zorgopleidingen, en een versnelde uitfasering van PFAS in het coalitieakkoord. Voor hun inspanningen wonnen zij diverse prijzen en benoemingen, waaronder European Sustainability Champion of the Year (HCWH, 2025).

Tien jaar zelfstandig NAD - groei, samenwerking en passende zorg in de longrevalidatie

Het Nederlands Astmacentrum Davos (NAD) bestaat dit jaar 128 jaar en is in die periode ingrijpend veranderd: financieel, inhoudelijk en in de positie die het inneemt binnen de Nederlandse longrevalidatie. Ter gelegenheid van het 10e jubileum blikken Emiel Rolink (voormalig directeur Longalliantie Nederland; LAN), Tim Roldaan en Hans in 't Veen (longarts en bestuurslid LAN) terug en vooruit.

Het NAD heeft een lange voorgeschiedenis: al sinds 1897 worden Nederlandse patiënten behandeld in Davos, aanvankelijk voor tuberculose, later voor astma. Het centrum is gelegen op 1.686 meter hoogte en richt zich op patiënten met de ernstigste vormen van astma die onvoldoende reageren op behandeling op zeeniveau. In de loop der jaren wisselde het eigenaarschap meermaals. In 2016 nam Tim Roldaan het centrum over als zelfstandige organisatie (Stichting MC Astmacentrum), nadat de toenmalige eigenaar in financiële problemen was geraakt. In 2019 volgde een nieuwe uitdaging, toen het ZiN de vergoeding voor hooggebergtebehandeling uit het basispakket schrapte op basis van de REFRAST-studie.^{1,2}

Bewijslast voor meerwaarde van hooggebergtebehandeling

In december 2019 publiceerde het ZiN een standpunt op basis van de REFRAST-studie, een vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit van hooggebergtebehandeling versus longrevalidatie op zeeniveau bij patiënten met ernstig refractair astma. De bewijskwaliteit werd als zeer laag beoordeeld, mede door methodologische beperkingen: de twee patiëntengroepen waren

bij aanvang onvoldoende vergelijkbaar. De aparte vergoeding voor hooggebergtebehandeling vanuit het basispakket verviel per 10 december 2019. Longartsen, patiëntenorganisaties en de LAN tekenden bezwaar aan, omdat dubbelblind gerandomiseerd onderzoek naar dit type behandeling methodologisch niet uitvoerbaar is en de best mogelijke onderzoeksopzet was gehanteerd. Hierbij was de meerwaarde van hooggebergtebehandeling wel degelijk aangetoond.

Het zwaarste dossier op tafel

Voor Emiel Rolink was het NAD-dossier een van de meest complexe tijdens zijn directeurschap bij de LAN. “De LAN stond neutraal, maar we waren wel overtuigd van de klinische meerwaarde van hooggebergtebehandeling voor ernstig astmapatiënten. Dat de methodologische onmogelijkheden van een dergelijk onderzoek vooraf bekend waren en gecommuniceerd, maakte het standpunt van het ZiN des te moeilijker te accepteren.” Na het verschijnen van het ZiN-advies vormde de LAN, samen met patiëntenverenigingen, longartsen en politici, een coalitie om de hooggebergtebehandeling beschikbaar te houden voor patiënten.

Van rode naar zwarte cijfers – Tim Roldaan neemt het roer over

In 2014 nam Roldaan het centrum over met slechts 70 opnames per jaar – een gevolg van verzekeraars die structureel weigerden machtigingen te verlenen. “Binnen een half jaar stonden we in de zwarte cijfers,” vertelt Roldaan. “We hebben meer dan dertig keer rechtszaken bedreigd of gevoerd om machtigingen af te dwingen.”



De financiële ommekeer vroeg om structurele keuzes. Roldaan: “De hooggebergtebehandeling was gewoon te duur. Dat moest anders.” De sleutel lag in het gelijktrekken van het tarief: in plaats van de 40% opslag boven op het tarief voor longrevalidatie op zeeniveau, ging het centrum dezelfde prijs rekenen als andere revalidatiecentra in Nederland. Tegelijkertijd werd de opnameduur geleidelijk teruggebracht van twaalf naar acht weken.

Kantelpunt – een NAD vóór en een NAD ná het Kamerdebat

Hans in 't Veen, longarts en lid van de indicatiecommissie voor verwijzingen naar het NAD, beschrijft het Kamerdebat van december 2019 als een kantelpunt: “Vóór die tijd was elke verwijzing naar het NAD als longarts al een gevecht met de verzekeraar. Dat horten en stoten heeft altijd bestaan rondom verwijzingen naar het NAD, zelfs al voor de millenniumwisseling.” Het ZIN-standpunt verscheen half december, vlak voor het kerstreces van de Tweede Kamer. Een petitie van patiënten en de Astma Vereniging Nederland en Davos (VND) leidde tot een spoeddebat op de allerlaatste dag van het parlementaire jaar. Een motie, mede ondertekend door acht partijen, werd unaniem aangenomen: hooggebergtebehandeling bleef beschikbaar voor patiënten, onder de noemer longrevalidatie. Roldaan achteraf: “Het eigenlijke probleem waren de te hoge kosten van de behandeling – niet de meerwaarde ervan.”

Van loopgraaf naar partnerschap

Hans in 't Veen raakte na het Kamerdebat betrokken bij de LAN als bestuurslid. Als longarts in het Franciscus Ziekenhuis en lid van de indicatiecommissie voor het NAD zag hij de ontwikkelingen rondom hooggebergtebehandeling van dichtbij. “Mede dankzij de LAN bestaat het NAD nog,” stelt hij.

In 't Veen benoemt ook een misverstand dat hij maar moeilijk uitgebannen krijgt: “Er zijn nog altijd longartsen in Nederland die denken dat het NAD alleen geschikt is voor patiënten met een huisstofmijtallergie en dat revalidatie in het NAD extreem duur is. Dat is allebei niet meer waar. We weten nu dat het niet de huisstofmijt is die de doorslag geeft, maar andere mechanismen die ten grondslag liggen aan het refractair zijn van astma. En de voorheen te hoge kosten zijn gelijkgetrokken met revalidatie op zeeniveau. Die boodschap moet beter doorkomen.” Rolink sluit zich aan bij dat het niet meer van deze tijd is om niet in de meerwaarde van hooggebergte-longrevalidatie te geloven. “Nu er rust en duidelijkheid is over passende zorg, en de argwaan is verdwenen, is er veel meer mogelijk. Als partijen de loopgraven verlaten en eerlijk met elkaar in gesprek gaan, dan kunnen er mooie dingen gebeuren.”

Blik op de toekomst – wat brengt het volgende decennium?

Tien jaar na de overname door Roldaan telt het NAD 155 opnames per jaar – meer dan het dubbele van het aantal bij de start. Maar groei brengt ook nieuwe uitdagingen. Tim: “We hebben nu een capaciteitsprobleem. Er zijn meer aanmeldingen

dan we aankunnen. Het is een doodzonde dat het oude pand van het NAD is verkocht – we huren nu bij een Zwitserse revalidatiekliniek en kunnen niet zomaar uitbreiden.”

De plannen voor de komende jaren draaien daarom vooral om slimmer samenwerken. Tim: “We willen meer samenwerken met partijen zoals het Franciscus Gasthuis. Denk aan een opnameduur van zes weken in Davos, gevolgd door een geïntegreerde vervolgvalidatie in een Nederlands ziekenhuis. Klein beginnen, en dan kijken of we het kunnen uitrollen.” Hans voegt toe: “Patiënten zijn na acht weken Davos kwetsbaar en onzeker. De overdracht naar de thuissituatie kan echt beter. Daar ligt een kans voor samenwerking.”

Ook wetenschappelijk onderzoek staat hoog op de agenda. Het NAD werkt hiervoor samen met het Franciscus Ziekenhuis, het AMC en nam onderzoeker Karin Fieten in dienst. “We willen preciezer weten welke patiënten de meeste baat hebben bij hooggebergtebehandeling,” zegt Roldaan. Samenwerking met de KCCL, de branchevereniging voor longrevalidatie, staat eveneens op de agenda. Roldaan: “Je was eerst concurrent, en nu ben je collega. Niet meer vechten om patiënten, maar samen kijken hoe we betere zorg kunnen leveren. Welke patiënt heeft het meeste baat bij welke plek voor revalidatiebehandeling? Passende en zinnige zorg noemen we dat.”

Rust, positiviteit en de juiste patiënt op de juiste plek

Tien jaar na de overname is het NAD een andere organisatie dan in 2014. Kritischer ook: vorig jaar werden dertig aanmeldingen afgewezen, omdat hooggebergtebehandeling niet voor elke patiënt de beste optie is. “Het gaat nu om de juiste patiënt, op de juiste plek, voor de juiste prijs,” zegt Roldaan. “Mensen komen niet jarenlang elk jaar samen met vrienden en lotgenoten ‘kuren’ in Davos op kosten van de verzekeraar. In multidisciplinaire overleggen bespreken wat de juiste plek is voor een patiënt met ernstig refractair astma die niet reageert op biologicals, zonder over de zorgkosten of de meerwaarde van de behandeling meer te hoeven debatteren – dat is passende zorg.”

In 't Veen vat het samen in drie woorden: “Rust, positiviteit, en aandacht voor de drie peilers van het NAD: patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs.” Rolink sluit af met een oproep die verder reikt dan het NAD alleen: “Als eenmaal duidelijkheid ontstaat over passende zorg en de argwaan verdwijnt, is er heel veel mogelijk. Verlaat de loopgraven, praat met elkaar, en los het op een open en eerlijke manier op. Dan kunnen mooie dingen gebeuren – zoals bij het NAD.”

Auteur: dr. J. Cohen

Referenties

1. Zorginstituut Nederland (2019). Standpunt hooggebergtebehandeling bij ernstig refractair astma, 10 december 2019. Beschikbaar via: [zorginstituutnederland.nl](https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2019/12/10/standpunt-hooggebergtebehandeling-bij-ernstig-refractair-astma). De REFRAST-studie werd gepubliceerd in *Respiratory Medicine* (oktober 2020).

Ontmoeting en verbinding tussen TBC-lotgenoten in het Rijks



Foto: ©Jeunike Photography

Maandag 23 maart hield KNCV Tuberculosefonds (KNCV) de eerste Speciale Ontmoetingsdag - de eerste van een reeks - in het Rijksmuseum in Amsterdam. Deze speciale ontmoetingsdagen worden georganiseerd door 23 gezondheidsfondsen en mogelijk gemaakt door de VriendenLoterij. Het doel van deze dag is het samenbrengen van lotgenoten. En dat is gelukt.

Ruim 80 mensen kwamen in het Rijksmuseum bij elkaar: mensen die tuberculose (tbc) of een tbc-infectie hebben gehad, hun naasten en andere nauwbetrokkenen, zoals professionals die werken binnen de tbc-bestrijding in Nederland.

“Voor ons is dit de allereerste keer,” zegt Niesje Jansen, hoofd Team Nederland bij KNCV en één van de organisatoren. “Er bestaat geen patiëntenvereniging voor tbc, dus we waren op zoek naar manieren om mensen toch met elkaar in contact te brengen en te verbinden. Uit onderzoek weten we dat daar behoefte aan is, net als bij andere ziekten. Ondanks dat tbc goed te behandelen is, kan het een lange nasleep hebben. Vandaag hebben we een hele mooie start gemaakt.”

Een betekenisvolle opening

De dag begon met een informatiemarkt en werd officieel geopend in het auditorium door Mustapha Gidado, algemeen directeur van KNCV Tuberculosefonds. In zijn openingswoorden bracht hij het verleden - zo voelbaar in het Rijksmuseum - samen met het heden, waarin tuberculose helaas nog altijd de meest dodelijke infectieziekte ter wereld is, en de toekomst, waarin we hopen deze ziekte definitief een halt toe te roepen.

Als moderator benadrukte Niesje Jansen dat deze dag vooral draait om verbinding: het delen van verhalen en ervaringen.

Persoonlijke verhalen die raken

Zo'n verhaal werd op indrukwekkende en ontroerende wijze verteld door Frouke Procee, tbc-survivor, arts en onderzoeker

bij de GGD Amsterdam & Utrecht. Zij vertelde over de onwerkelijke situatie waarin je als arts plotseling zelf patiënt wordt. Frouke: “Ineens stond ik aan de andere kant. Ik had wekenlange episodes van hoge koorts en hevige botpijn en viel uit. Ik werd meerdere keren opgenomen in het ziekenhuis, zag veel verschillende dokters en hoorde uiteenlopende diagnoses.”

Frouke liep gevaarlijk lang rond met de ziekte voordat deze werd ontdekt. Haar ervaring inspireerde haar om zich te specialiseren in tuberculose, zodat ze nu in haar dagelijkse werk patiënten beter kan begrijpen en begeleiden.

Creatieve workshops als middel tot verwerking

Na de opening konden deelnemers kiezen uit diverse workshops, zoals PhotoLetters to TB, gegeven door Juan Barrios en Inez de Kruijf-Carter van KNCV. In deze workshop kregen deelnemers de ruimte om stil te staan bij hun persoonlijke ervaringen met tbc. Met behulp van fotografie en schrijven konden zij opnieuw verbinding maken met wat zij hebben meegemaakt.

De workshop combineerde twee methoden die KNCV vaker inzet om dieper contact te maken met de tbc-gemeenschap: PhotoVoices en Expressief Schrijven. Deelnemers leerden eenvoudige fotografietechnieken en kregen korte schrijfp opdrachten, waarmee zij hun verhaal op hun eigen manier konden vertellen. De nadruk lag niet op perfecte foto's, maar op het gevoel en het verhaal erachter. Meer dan 15 mensen namen deel aan de workshop. Samen trokken zij door het Rijksmuseum om foto's te maken en verhalen te delen. Dit zorgde voor een veilige en open sfeer, waarin deelnemers elkaar konden ontmoeten en een gevoel van verbondenheid konden opbouwen.

In gesprek aan de keukentafel

Ook de Russische kunstenares Paulina Siniatkina verzorgde een workshop: Keukentafelgesprekken. Deelnemers zaten samen aan tafel en gingen in gesprek terwijl ze speelden met



Foto: ©Jeunike Photography



Foto: @Jeunique Photography

kleine, snoepachtige ‘pillen’, geïnspireerd op de behandeling van tuberculose. Dit zorgde voor een ontspannen setting waarin gesprekken vanzelf op gang kwamen - over tbc, stigma en toegang tot zorg.

De gesprekken waren zo waardevol dat de groep nog lang niet uitgepraat was toen Niesje Jansen als laatste spreker het podium betrad. Met vragen als “Had je een dag als vandaag fijn gevonden tijdens je behandeling?” en “Zou je dit vaker willen?” werd zichtbaar hoeveel deze dag betekende voor de aanwezigen.

De enthousiaste reacties vormden een mooie afsluiting van KNCV’s eerste Speciale Ontmoetingsdag, die naadloos overging in de feestelijke kick-off van de reeks ontmoetingsdagen van de samenwerkende gezondheidsfondsen (SGF).

‘De Schaduw van de Tering’

Er was tot slot geen betere locatie denkbaar dan het altijd imposante Rijksmuseum. In de rijke collectie en geschiedenis zijn talloze verwijzingen te vinden naar tuberculose -vroeger ook wel ‘tering’ genoemd. Kunstenaars van wie werk in het museum hangt, overleden aan tbc, net als sommige mensen die op de schilderijen zijn afgebeeld: van keizers die over Europa heersten tot muzen die kunstenaars inspireerden. Tegelijkertijd tonen objecten en schilderijen de leefomstandigheden die bijdroegen aan de verspreiding van de ziekte, of juist aan de bestrijding ervan.

‘De Schaduw van de Tering’ was dan ook de naam van de speciale rondleiding, waarvan bezoekers een boekje meekregen. De beelden uit dit boekje vormden een indrukwekkende achtergrond voor de sprekers en gaven extra betekenis aan dit bijzondere en geslaagde evenement.

Lilian Polderman

Niesje Jansen

KNCV Tuberculosefondsen



Foto: @John Lewis Marshall

Kandidaat-leden

Luud Bertens
AIOS Longziekten
Amphia Ziekenhuis



Paulien van Dorp
AIOS Longziekten
Martini Ziekenhuis



Sophie Ernst
AIOS Interne vooropleiding
Erasmus MC



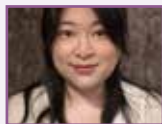
Aafke Gaartman
AIOS Longziekten
Noordwestziekenhuisgroep



Anna Gerritsma
AIOS Interne vooropleiding
Jeroen Bosch Ziekenhuis



Kelly Guo
AIOS Interne vooropleiding
Erasmus MC



Luca Heerschop
AIOS Longziekten
Spaarne Gasthuis



Kim van der Heijden
AIOS Longziekten
Franciscus Gasthuis & Vlietland



Odette Koolen
AIOS Interne vooropleiding
Franciscus Gasthuis & Vlietland

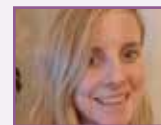


Emma Nuyts
Longarts
Erasmus MC



Nieuw benoemde longartsen

Elisabeth Baekelandt,
opgeleid in OLVG



Sonja Biesenbeek,
opgeleid in UMCG



Floris Dammeijer,
opgeleid in Erasmus MC



Daphne van der Geest,
opgeleid in Noordwestziekenhuisgroep



Marieke Gubbelmans,
opgeleid in Zuyderland Medisch Centrum



Marloes van Haaster,
opgeleid in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis



Rob Jacobs,
opgeleid in Zuyderland MC



Maureen Lenkens,
opgeleid in Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis



Mirjam van Manen,
opgeleid in Erasmus MC



Eline van der Ploeg,
opgeleid in UMCG



Marjolein Schimmel,
opgeleid in Rijnstate



Leonie Alberts,
opgeleid in het Sint Antonius Ziekenhuis



Tjitske Tjalma,
opgeleid in Amphia Ziekenhuis



Nieuwe senior leden

Friso de Weert,
opgeleid in Catharina Ziekenhuis



Paul Bresser
OLVG



Oproep: Dien jouw innovatieproject in voor de NVALT Innovatieprijs 2026!

Werk jij als AIOS longziekten, longarts, verpleegkundige, physician assistant of arts-onderzoeker aan een innovatief idee of project binnen de longzorg?
Of dat nu klein of groot is, lokaal gestart of regionaal uitgerold – elk innovatieproject telt en kan anderen inspireren.

Twijfel je of jouw project ‘groot genoeg’ is? Niet nodig, juist ook kleine, slimme verbeteringen maken het verschil.
Doe mee en laat zien hoe jij bijdraagt aan de toekomst van de longzorg!

Tijdens de NVALT Najaarsdagen 2026, met als thema Tijd voor verandering, reikt de NVALT de Innovatieprijs Longziekten uit. De prijs gaat naar het meest inspirerende innovatieproject binnen de longzorg.

Waarom meedoen?

- ✓ Laat zien waar jullie aan werken binnen jouw ziekenhuis of regio
- ✓ Inspireer collega's in het hele land
- ✓ Maak kans op de NVALT Innovatieprijs (500 euro)
- ✓ Pitch jouw project tijdens de NVALT Najaarsdagen

Inzenden kan tot en met 1 september 2026.

Een jury maakt een selectie van de inzendingen. De drie beste projecten worden uitgenodigd om hun project te pitchen op maandag 5 oktober 2026 tijdens de NVALT Najaarsdagen, waar ook de prijsuitreiking plaatsvindt.

Een link naar het aanmeldformulier vind je op de NVALT-site.



Enkele belangrijke data

2026

- 15 – 17 juli WASOG, Porto (PT)
- 5 - 9 september ERS, Barcelona, (ES)
- 12 - 15 september WCLC, Seoul (KOR)
- 24 - 25 september Zeelucht allergieën en andere prikkels, Scheveningen
-  5 - 6 oktober NVALT Najaarsdagen, Amsterdam
-  6 oktober Oud-longartsenmiddag, Amsterdam
- 7 oktober Basiscursus Slaap, Bunnik
- 7 - 10 oktober NACFC, Atlanta (VS)
- 17 - 20 oktober ACCP, Salt Lake City (VS)
- 18 - 21 oktober Chest, Phoenix (VS)
- 20 - 23 oktober Sleep Europe Congres, Maastricht
- 23 – 27 oktober ESMO, Madrid, (ES)
- 4 – 6 november Bomen over COPD, Oosterbeek
-  12 november Verplichte AIOS Kennistoets
- 3 - 6 december WCBIP, Melbourne (AUS)

2027

- 14 - 19 mei ATS, New Orleans (VS)
- 4 - 8 juni ASCO, Chicago (VS)
- 11 - 15 september ERS, Milaan (IT)
- 17 - 21 september ESMO, Barcelona (ES)
- 24 - 27 oktober Chest, Vancouver (CA)
- 11 - 12 november SLAAP2027, Veldhoven

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

Antwoord WIDD van pagina 14

Antwoord: Pulmonary veno-occlusive disease

Een van de belangrijkste doodsoorzaken bij patiënten met MCTD is pulmonale hypertensie, meestal in de vorm van groep I pulmonale arteriële hypertensie (precapillaire PAH). In het verlengde hiervan kan ernstige pulmonale vasculopathie leiden tot fibrotische occlusie van kleine pulmonale venen en venulen, resulterend in pulmonary veno-occlusive disease (PVOD).

PVOD is een zeldzame oorzaak van pulmonale arteriële hypertensie. Risicofactoren voor het ontwikkelen van PVOD zijn onder meer toxische of medicamenteuze blootstelling, zoals chemotherapie met mitomycine, genetische predispositie, roken en onderliggende connective tissue diseases, waaronder MCTD.

De HRCT-thorax was suggestief voor PVOD, gezien de aanwezigheid van verdikte interlobulaire septa en centrilobulaire matglasafwijkingen. De behandeling richt zich voornamelijk op therapie voor pulmonale hypertensie, eventueel gecombineerd met hoge doses corticosteroïden. Omdat PVOD doorgaans therapieresistent is, vormt longtransplantatie uiteindelijk de enige curatieve behandeloptie.

Vervolg van de casus

Patiënte werd opgenomen op de intensive care, waarna een bilaterale longtransplantatie werd verricht. Histologisch onderzoek van het explantaat toonde intimale verdikking van kleine pulmonale venen en venulen, passend bij PVOD.

WIDD
Wat is de diagnose?

