
PULMO *Script*

Officieel orgaan van de NVALT

Jaargang 20, nummer 3, september 2009



In dit nummer:

- Agenda ledenvergadering
- Jaarverslag 2008
- Commissie Richtlijnen “veranderende tijden”

Colofon

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

Secretariaat NVALT en
Redactie PulmoScript
Luijbenstraat 15
5211 BR 's-Hertogenbosch
Telefoon 073 - 612 61 63
Telefax 073 - 612 61 54
e-mail: secretariaat@nvalt.nl
internetsite: www.nvalt.nl

Redactieraad:
Dr. P. Bresser, voorzitter
Dr. H.J. Pennings
Mevr. T. de Baaij
Mevr. W. Vlug

Uiterste datum voor insturen kopij
nr. 4: 15 november 2009

PulmoScript verschijnt eenmaal
per kwartaal in een oplage van
1000 exemplaren.

Elke auteur en adverteerder is verantwoordelijk voor zijn of haar bijdrage. Hetzelfde geldt voor inlichtingen door derden verstrekt.

Van Engelen - tekst, vormgeving en
drukwerkadviezen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



Inhoud

Ten geleide _____	4
Bestuur	
Van de Bestuurstafel _____	5
Wetenschappelijk programma _____	6
Agenda ledenvergadering _____	7
Jaarverslag 2008 _____	8
Commissies, secties en werkgroepen	
Commissie Richtlijnen "veranderende tijden" _____	23
Vooraankondiging VvAwT _____	24
Sectie assistenten "Assistentendag 2009" _____	25
Pulmopen	
Yvonne Heijdra _____	27
Ingezonden	
Respiration Day, Parma, Bert Roldaan _____	28
Hoesten in Hull, Renée van Snippenburg _____	29
De primair spontane pneumothorax, een angstaanjagende ziekte?, Hans Smit _____	30
Het gebruik van diagnostische monitoren door longartsen, Thomas Macken _____	31
Evaluatie enquête complicatieregistratie _____	33
Evaluatie enquête e-learning _____	34
Nascholing	
DNA fingerprinting voor de tuberculosebestrijding in een grootstedelijk gebied, Gerard de Vries _____	35
Personalia	
Kandidaat-leden _____	38
Congresagenda _____	40

Bij de voorplaat: Een schitterende (na-)zomer ligt achter ons...laat de herfst maar komen!

Ten geleide

In mijn ten geleide in de vorige najaarseditie van PulmoScript schreef ik dat 'de wereld in de ban was van een kredietcrisis en de ophanden zijnde Amerikaanse verkiezingen. Maar ook dat in het kleine Nederland alles goed was, er werd door JP en Wouter Bos goed op ons gepast'. Het kan verkeren ... Nog maar een jaar later proberen bestuurders van banken weer maximaal van de bonusregelingen te profiteren en blijkt president Obama ook een mens. Maar ... in het kleine Nederland is gelukkig alles bij het oude gebleven, zo stellen wij het nemen van maatregelen nog even uit ... Er zullen eerst commissies en werkgroepen worden geformeerd, we polderen rustig verder; de VOC mentaliteit van dit kabinet in de praktijk.

Voor bij een nazomerzonnetje de najaarseditie van uw PulmoScript. In deze editie het jaarverslag over 2008. Graag wijs ik u op de wetenschappelijke najaarsvergadering. Uitgebreid aandacht voor enkele meer bijzondere pulmonale infectieziekten. Daarnaast een zeer actueel thema, de 'Rookstop polikliniek'.

Vanuit verschillende optiek zal de rol van de longarts in het "stoppen met roken"

worden belicht; er is daarbij gekozen voor een praktische insteek. In het middagprogramma is tijd ingeruimd voor de commissie Richtlijnen. Waar staan we als NVALT met de richtlijn ontwikkeling anno 2009? Zie hiervoor ook de bijdragen van Bert Roldaan en Folkert Brijker in deze editie van PulmoScript. Voorts zullen twee recent afgeronde richtlijnen kort worden toegelicht.

Yvonne Hydra reageert op de Pulmopen van Wiel de Lange. Zij breekt een lans voor een veel grotere rol voor de toegepaste fysiologie in de praktijk van alle dag. Ik sluit me hier graag bij aan. Als enige specialist is de longarts in staat de door longfunctie onderzoek verkregen informatie te interpreteren en te vertalen naar de praktijk, van 'bench-to bedside'. Een kans die we mijns inziens als beroepsgroep niet mogen laten liggen.

In de samenvatting van zijn proefschrift breekt Gerard de Vries een lans voor het gebruik van DNA fingerprinting in de dagelijkse praktijk van de tuberculosebestrijding. Hij doet dit op grond van fraai wetenschappelijk onderzoek; ook op dit

gebied speelt het kleine Nederland een belangrijke wetenschappelijke rol.

De computer krijgt een steeds centralere plaats in het longartsen leven; die rol zal de komende jaren nog groter worden. In deze PulmoScript hiervoor veel aandacht. De visitatiecommissie heeft kwaliteitsstandaarden opgesteld voor de radiologische (digitale) beeldvorming voor de longarts; de kwaliteit van uw monitor is daarbij van essentieel belang. De uitslag van de enquête over E-learning steunt het bestuur in haar beleid ten aanzien van een grotere rol voor E-learning in scholing en nascholing binnen onze vereniging. [Www.kiesbeter](http://www.kiesbeter.nl) beoogt de patiënt te helpen in het maken van de juiste keuzes; Hans Smit praat ons bij naar aanleiding van de eerste schreden op het 'kiesbeterpad', de ontwikkeling van informatie betreffende de behandeling van de spontane pneumothorax.

Onder dank zeggings aan diegenen die hebben bijgedragen aan het tot stand komen van deze PulmoScript, wens ik u veel leesgenot en een mooie nazomer.

Paul Bresser, wetenschappelijk secretaris

Van de bestuurstafel

Beste Leden,

In mijn zomervakantie had ik mij voorgenomen in Frankrijk de nodige bergen met de fiets te verkennen. En hierbij komt, zoals ik zojuist op het ERS-congres in Wenen heb geleerd, veel IL-6 vrij. En laat dit IL-6 nou een gunstig effect hebben op de stofwisseling. En ik altijd maar denken dat IL-6 als acuut-fase eiwit alleen maar katabole effecten op het lichaam had. Zo zie je maar weer, de eerste indruk is niet altijd de juiste. Dit geldt helaas ook voor het huidige politieke klimaat. De NVALT en de Orde zijn op dit moment op meerdere gebieden met de overheid in discussie. Er lijkt bij de overheid een ongebreidelde drang tot kostenbeheersing in de gezondheidszorg aanwezig te zijn, waarbij men een eerste slag lijkt te willen slaan door de specialisten een generieke korting op het uurtarief op te leggen. Dit in weerwil met de afspraken, die hierover in het verleden met de overheid gemaakt zijn. De Orde (en de NVALT) wacht even af hoe de formele acties vanuit VWS verlopen, maar juridische procedures hieromtrent zijn niet uitgesloten. Ook wordt in dit licht de uren rondrekening door VWS ter discussie gesteld, waarbij de NVALT de stellige indruk heeft dat er, ondanks goede argumenten, vanuit de overheid maar weinig luisterend oor hiervoor lijkt te bestaan. Ook dit krijgt wellicht nog een juridisch staartje, afhankelijk van het definitieve standpunt van VWS.

Daarnaast heeft dezelfde overheid zich ten doel gesteld prestatie-indicatoren voor een groot aantal ziektebeelden te ontwikkelen (zoals OSAS). Het aanleveren van deze indicatoren legt niet alleen een grote inspanningsverplichting op aan de ziekenhuizen, maar ook aan de specialisten. En dat alles moet maar weer in hetzelfde uurtarief gebeuren. Alhoewel de ontwikkeling van prestatie-indicatoren wel in samenspraak met diezelfde specialisten opgezet dient te worden, staat de te ontvangen vergoeding vaak in geen verhouding tot de inspanning. Als overheid en specialisten echt partners in de zorg willen zijn, zal er toch echt een verandering dienen op te treden: niet alleen in de waardering van het medisch-specialistisch advies maar ook in de honoreringsstructuur.

Dit laat onverlet dat er soms ook positieve ontwikkelingen aan te geven zijn, waarbij de NVALT op constructieve basis met de Inspectie Gezondheidszorg om tafel kan zitten. Helaas is het politieke klimaat zo volatiel (ook door media-invloed) dat er soms de indruk zou kunnen ontstaan dat er meer op hypes bestuurd wordt dan dat er een gestructureerde agenda voorligt.

Helaas komt dit constructieve overleg minder goed naar voren in het volgende nieuwe project van de minister van VWS. De minister is voornemens per 1 januari 2010 in de eerste lijn functionele bekostiging in te voeren. Hij wil dit voor een aantal "niet-complexe" chronische ziekten doorvoeren, waaronder COPD.

Onder functionele bekostiging wordt verstaan dat er voor de behandeling van bijvoorbeeld een COPD patiënt één hoofdcontractant (in de eerste lijn) aangesteld wordt, die alle vormen van zorg (zoals fysiotherapie, farmacie etc.) rondom de patiënt coördineert en organiseert. Deze hoofdaannemer ontvangt daar een "hoofdaanemers" vergoeding en 'huurt' dan vervolgens 'onderaanemers' (fysiotherapeut, longarts, diëtiste etc.) in voor onderdelen van de zorg. Hiermee lijkt de patiënt onderdeel te gaan worden van een economisch onderhandelingsproces. Naar onze mening zouden we daar in Nederland niet naar toe moeten en willen gaan.

In het betreffende beleidsstuk wordt echter aangegeven dat men hoopt dat door een betere samenwerking van zorgprofessionals en door een verdere protocollisering van de zorg substitutie van zorg vanuit de tweede lijn naar eerste lijn mogelijk zal worden. Dezelfde zorg zou hierdoor wellicht goedkoper kunnen worden met behoud van en wellicht zelfs een betere kwaliteit. Wellicht dat dit met de komende vergrijzing en het verwachte tekort aan artsen op termijn een goed en lovenswaardig beleidsvoornemen is, maar dan dient de kwaliteit van zorg wel het uitgangspunt te zijn. In onze ogen zal dit dan ook alleen een kans van slagen kunnen hebben als aan een aantal belangrijke voorwaarden vooraf voldaan is. Zo zal er een wetenschappe-

lijk onderbouwd en door alle betrokken beroepsgroepen geaccordeerde zorgstandaard moeten worden opgesteld (men is hier momenteel druk mee bezig, vanuit de NVALT is collega in 't Veen hier nauw bij betrokken). Ten tweede dienen uit deze zorgstandaard gevalideerde parameters gedestilleerd te worden waarmee vastgesteld kan worden dat de geleverde zorg bij functionele bekostiging ook inderdaad kwalitatief van een voldoende niveau is. En last but certainly not least moeten we ons afvragen of COPD wel afgeschilderd mag worden als simpele chronische ziekte en als zodanig geschikt zou kunnen zijn voor functionele bekostiging. Immers de laatste jaren is meer en meer duidelijk geworden dat COPD veel meer gezien moet worden als complexe systeemaandoening met veel extrapulmonale manifestaties.

Het Bestuur heeft dit standpunt kenbaar gemaakt aan de Nederlandse Zorgautoriteit en aan onze partners binnen de Longalliantie Nederland. Dit betekent wel dat wij nu als longartsen des te meer de verplichting hebben om niet alleen naar onze patiënten, maar ook aan onszelf (en aan derden), de kwaliteit en meerwaarde van ons handelen inzichtelijk te maken. Binnenkort zal er binnen de ERS een projectvoorstel besproken worden om in Europees verband de kwaliteit van de klinische zorg bij COPD in kaart te brengen. Dit biedt mogelijkheden om niet alleen internationaal, maar ook nationaal en regionaal, de kwaliteit van zorg te meten en te benchmarken. In dit opzicht zal er van ons wel een inspanning gevraagd worden, maar alleen door te meten kunnen wij komen tot verdere verbetering van zorg. Dit heeft een vergelijkbaar project in Engeland uitgewezen.

Kortom, het wordt weer een druk najaar. In de najaarsledenvergadering zullen wij terugkomen op bovenstaande ontwikkelingen.

Met vriendelijke groet,

Namens het Bestuur

Herman-Jan Pennings, secretaris

Wetenschappelijk programma

- 09.00 uur *ontvangst*
- 09.30 uur T.S. van der Werf, UMCG, Groningen
De behandeling van MDR tuberculose in Nederland
- 09.45 uur Thema: "Stoppen met roken in de praktijk van alle dag"
- M.S. van Sandwijk, Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
Roken als oorzaak van marktfalen in de zorg
- W. de Kanter, P. Dekker, Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
Project Nederland stopt! De Rookstoppolikliniek
- Th. Macken, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch
Rookstoppolikliniek door de longarts: praktische aspecten, financiën en ... DBC's
- 11.00 uur *Pauze (bezoek aan expositie)*
- 11.30 uur C.A. Schwengle, Medisch Spectrum Twente, Enschede
Tracheaal RIP, wat nu?
- 12.00 uur **Uitreiking Novartis Pulmonologie Prijs 2009**
- 12.15 uur *lunch (bezoek aan expositie)*
- 13.15 uur C. Kiewit, E. IJzerman, B. Stolk, D. Odekerken, C.F. Melissant Spaarneziekenhuis, Hoofddorp
De kliniek van CAP door hemolytische streptococci groep A
- 13.30 uur E.P.F. IJzerman, Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid Kennemerland, Haarlem
Kliniek en epidemiologie van S. pyogenes infecties
- 13.50 uur **Commissie Richtlijnen NVALT**
- Richtlijnen: ontwikkelingen anno 2009**
- RL Chronische rhinosinusitis**
- RL Perioperatieve behandeling van de pulmonaal belaste patiënt**
- 14.30 uur *pauze (bezoek aan expositie)*
- 15.00 uur **Huishoudelijke vergadering**
- 17.00 uur **Afsluiting met borrel en hapje**

Agenda ledenvergadering NVALT

*Vrijdag 9 oktober 2009
Prins Claus Congressaal - Jaarbeurs te Utrecht*

7

WEGWERKZAAMHEDEN JAARBEURS

let op: locatie Hallencomplex- 1^e etage

Huishoudelijke vergadering (15.30- 17.00 uur)

U bent bereikbaar via telefoonnummer
030 - 2955911

1. Opening
2. Notulen vergadering 17 april 2009 (zie PulmoScript nr 2 -2009 pag. 7 e.v. en de website)
3. Mededelingen vanuit het Bestuur
 - Ontwikkelingen rondom COPD-zorg
 - Ontwikkelingen NRS
4. Visie LAN op de functionele bekostiging
5. Mededelingen vanuit de Commissie Beroepsbelangen en de Projectgroep DBC's
6. Mededelingen vanuit het Concilium- projectgroep Opleiding
7. Terugkoppeling Beleidsplan en voortgang jaarplan 2009
8. Jaarverslag 2008 (zie Pulmoscript nr 3 – 2009 pag 9 e.v. en de website)
9. Verkiezingen:
 - a. **Concilium**
De maximale zittingstermijn van drs. F.J. Visser is verstreken.
 - b. **Commissie Beroepsbelangen**
De maximale zittingstermijn van drs. R.S. Djamin is verstreken. Hij wordt opgevolgd door drs. K.R.Liesker. N.G.M. van 't Hullenaar heeft te kennen gegeven zijn functie te willen beëindigen. Hij wordt opgevolgd door drs. J.H. Strijbos. De zittingstermijn van dr. H.P. Grotjohan is verstreken, hij stelt zich niet herkiesbaar.
 - c. **Commissie Cursorisch Onderwijs**
De zittingstermijn van drs. W.C.M. de Lange is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar.
 - d. **Commissie Richtlijnen Longziekten**
De zittingstermijn van mr. H.C.J. van Klink is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar.
 - e. **Commissie Visitatie Longziekten**
De zittingstermijn van drs. G.J. Jukema is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar.
Tegenkandidaten kunnen tot een week voor de vergadering worden aangemeld bij het secretariaat.
10. Voorstellen kandidaat-leden (zie pag 44 en 46)
11. Wat verder ter tafel komt en rondvraag
12. Sluiting

Jaarverslag 2008

Bestuur Jaarverslag 2008

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose was op 31 december 2008 als volgt samengesteld:

Dr. P.J. Wijkstra,	voorzitter
Dr. F.W.J.M. Smeenk,	vice-voorzitter
Dr. H.J. Pennings,	secretaris
Dr. P. Bresser,	wetenschappelijk secretaris
Dr. B.J.W. Venmans,	penningmeester
Dr. J. H. van Loenhout	(sectie Tuberculosebestrijding)
Dr. A. Rudolphus	(Cie. Beroepsbelangen)
Dr. C. Melissant,	commissaris Kwaliteit a.i.
Drs. I. Bahce	(Sectie Assistenten)

Wetenschappelijke vergadering ter gelegenheid van het Lustrum NVALT op 30 mei 2008 te Maastricht

Op vrijdag 30 mei werden de volgende voordrachten gehouden:

- 100 jaar NVALT
prof.dr. P. Postmus, VUmc Amsterdam
- Longkanker:
prof.dr. E.F. Smit, VUmc Amsterdam
- van planigram naar siRNA-arrays: maar helpt het ook?
prof. Dr. H. Groen, UMC Groningen
- Kunsten met de scoop
dr. P.W.A. Kunst, AMC
- Pulmonale Hypertensie: de vergeten circulatie ontdekt
dr. A. Vonk Noordegraaf, VUmc
- Van mythe naar wetenschap: 100 jaar astma en COPD
prof.dr. D. Postma, UMC Groningen
- Diffuse ontwikkelingen
prof.dr. M. Drent, MUMC
- Toekomstige bedreigingen: Fijn stof
dr. J. van der Zee, AMC
- Toekomstige bedreigingen: Infecties
dr. M. Boeree, Universitair Longcentrum Dekkerswald

Wetenschappelijke vergadering NVALT op vrijdag 31 oktober 2008 te Utrecht:

Op vrijdag 31 oktober werden de volgende voordrachten gehouden:

- Pleuritis Tuberculosa: als biopteren niet kan, missen we het dan?
B. van der Maat, LUMC, Leiden
- Implementatie van een 'preventiebeleid tuberculose' in de ziekenhuissetting.
Dr. P.D.L.P.M. van der Valk, Medisch Spectrum Twente, Enschede

- Pro-Con: De IFN-gamma assay kan de Mantoux vervangen.
Pro: A.W.J. Bossink, Diaconessenhuis, Utrecht
CON: N. Oudshoorn, GGD, Den Haag
- Anti- TNF- α en tuberculose: casuïstiek en noodzaak van de richtlijn. TNF- α en tuberculose: casuïstiek en noodzaak van de richtlijn
- MDR- TBC in Nederland anno 2008. R. van Altena, UMCG, Groningen
- Lymphangioliomyomatosis: casus, pathofysiologie en beleid.
L.J. van Eijnsden, Spaarne ziekenhuis, Hoofddorp
- Thema-sessie "COPD-zorg in Nederland"
 - COPD: ketenzorg versus 'integrated care',
Prof. Dr. E.F.M. Wouters, UMC Maastricht
 - Het Maastrichtse zorgmodel Dr G. Wesseling,
UMC Maastricht
 - Het Eindhovense zorgmodel Dr. F.W.J.M. Smeek,
Catharina Ziekenhuis, Eindhoven
 - Het Zutphense zorgmodel Dr. E. Lammers,
Gelre Ziekenhuizen, Zutphen

Bestuur

(H.J. Pennings)

In 2008 vergaderde het Bestuur 10 maal. Er vond een visionaire dag plaats te Utrecht d.d. 5 juni met als onderwerpen: Toekomstvisie op de Opleiding Longziekten, bespreking Beleidsplan NVALT en actualisatie van het jaarplan 2008, voortgang ontwikkeling Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband evenals voortgang oprichting Longalliantie Nederland. Tevens vond een oriëntatie plaats omtrent de veranderingen in de gezondheidszorg (externe spreker Dhr. A. Antonisse) alsmede een voordracht over veranderingmanagement en implementatiestrategie hiervan binnen onze vereniging (externe spreker Dhr. F. Roos). Ledenvergaderingen vonden plaats op 21 april en 31 oktober. Gezien de festiviteiten rondom het lustrum van de NVALT werd besloten de ledenvergadering van 21 april los van de wetenschappelijke vergadering te houden.

In 2008 vonden de volgende wijzigingen in de *samenstelling* plaats: Dr. F.J. Van den Elshout trad af als vice-voorzitter, hij wordt opgevolgd door Dr. F.W.J.M. Smeenk. De zittingstermijn termijn van de heren Dr. B. J.W. Venmans en Dr. P. Bresser is verstreken; beide stellen zich herkiesbaar, wat door de ledenvergadering met instemming begroet wordt. De maximale zittingstermijn van Mw M. Mensen is verstreken, zij wordt opgevolgd door Dr. J. H. van Loenhout als vertegenwoordigster vanuit de sectie Tuberculosebestrijding. Dr. H.B. Kwa trad af als vertegenwoordiger vanuit het Concilium, de vacature wordt tijdelijk waargenomen door collega van Loenhout. P. van Tilburg trad af als vertegenwoordiger vanuit de sectie assistenten, hij wordt opgevolgd door I. Bahce. Tevens is in de tweede helft van 2008 als bestuurslid toetreden collega Melissant, die de portefeuille Kwaliteit zal gaan beheren.

Aangezien het een nieuwe functie betreft zal deze ter goedkeuring aan de algemene ledenvergadering voorgelegd dienen te worden. Inmiddels heeft de ledenvergadering van april 2009 deze functie goedgekeurd.

Contactvergaderingen: begin 2007 is besloten geen contactvergaderingen meer te houden. De leden van het Dagelijks Bestuur fungeren als contactpersoon voor een vast aantal commissies en werkgroepen. Eind 2008 heeft het bestuur met een groot deel van de werkgroepen om tafel gezeten om ambities en knelpunten te evalueren. Veel werkgroepen hebben aangegeven dat zij met name behoefte hebben aan de ontwikkeling van een landelijke databank of ondersteuning bij de ontwikkeling van wetenschappelijk onderzoek. De algemene indruk bestaat dat binnen de NVALT een groot aantal zeer actieve werkgroepen functioneert, alhoewel een aantal werkgroepen de laatste jaren een afname van het aantal actieve leden zag optreden. Met die betreffende werkgroepen zijn strategieën doorgenomen om dit tijt te keren.

Ledenvergaderingen: het deelnemersaantal aan de Wetenschappelijke en Huishoudelijke vergadering blijkt nog steeds van bescheiden omvang. Vanuit het Bestuur is het voorstel naar voren gebracht om de volgende wetenschappelijke vergadering gezamenlijk met de VvAwT te organiseren. De verwachting is dat dit zal resulteren in een hogere opkomst.

In de ledenvergaderingen werd de voortgang van het jaarplan 2008 alsmede de kaderstelling binnen het *Meerjarenbeleidplan 2008-2012* besproken. Geconcludeerd kan worden dat de vereniging goed op koers ligt en zelfs een aantal doelen sneller dan gepland verwezenlijkt zijn. De professionalisering van Bestuur heeft zeker bijgedragen aan snellere afwikkeling van taken en een betere representatie van de NVALT naar externe partners, overheid en zorgverzekeraars. Daarnaast kan het Bestuur van de NVALT regelmatig met succes een beroep doen op leden, die zich belangeloos willen inzetten ten behoeve van de vereniging.

Kwaliteitsbeleid en Richtlijnen. In 2008 werden twee nieuwe multidisciplinaire richtlijnen afgerond, te weten Cystic fibrosis en perioperatieve zorg. Zoals al eerder afgesproken worden deze multidisciplinaire richtlijnen, na accordering door de Commissie richtlijnen, op de website van de NVALT geplaatst. Wel zal er naar gestreefd worden de essentiële punten van deze richtlijnen te presenteren tijdens de ledenvergaderingen. Door hun multidisciplinariteit worden zij in de huidige situatie niet langer aan de ledenvergadering ter accordering voorgelegd.

De nieuwe financieringsstructuur voor richtlijn-ontwikkeling (via de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten) vereist niet alleen nauwere afstemming binnen de diverse groepen van onze vereniging, maar ook bewaking van de continuïteit. Gevoegd bij het feit dat er vanuit de overheid steeds meer nadruk gelegd wordt op de ontwikkeling van prestatie-indicatoren en op de kwaliteit van het medisch specialistisch handelen heeft dit er toe geleid dat het Bestuur besloten heeft een kwaliteitscommissaris aan het bestuur toe te voegen die de continuïteit van bovenstaande processen bewaakt, afstemming tussen de diverse commissies coördineert en uit hoofde van zijn functie ook het voortouw neemt in het verder ontwikkelen en uitdragen van het kwaliteitsbeleid van onze vereniging. Vanuit die hoedanigheid zal de kwaliteitscommissaris nauw betrokken worden bij

het overleg met de Orde (Platform Kwaliteit) alsmede overheid (ondermeer Inspectie Gezondheidszorg)

NVALT-studies. Na meerdere consultatierondes met juristen is de Stichting NVALT-studies alsmede de Stichting Beheer Derdengelden NVALT-studies opgericht. De oprichtingsakten van deze Stichtingen zijn de notaris gepasseerd op 13 december 2007. De collega's Dingemans, Groen en Schreurs zullen als bestuursleden van beide stichtingen fungeren. De leden van het Dagelijks Bestuur van de NVALT zullen als leden van de Raad van Toezicht optreden. Eind 2008 heeft de eerste formele vergadering tussen het bestuur van deze stichtingen en de Raad van Toezicht plaats gevonden.

Secties, commissies en werkgroepen:

De *Commissie Beroepsbelangen* heeft zich dit jaar overwegend bezig gehouden met de DBC-problematiek. Met name het traject van DBC's op weg naar Transparantie (DOT) vereist de nodige aandacht. Daarnaast is de CBB ook betrokken bij de accordering van de prestatie-indicatoren van de diverse richtlijnen en is zij, samen met het Bestuur, betrokken geweest bij de inrichting van het zorgprofiel COPD (op verzoek van het kenniscentrum van Zorgverzekeraars Nederland). Aanleiding hiertoe vormde de intentie om COPD-zorg op te nemen in het B-segment van de DBC's; dit bleek overigens in tweede instantie door de minister van VWS uitgesteld te worden.

Tevens is in 2008 een werkgroep ICT ingesteld met als taakopdracht de mogelijkheden van elektronische communicatie bij de introductie van nieuwe richtlijnen en alle vormen van E-learning te verkennen. Een en ander zal in nauwe afstemming met de Sectie School voor Longziekten geschieden. De *Commissie AntiRookbeleid* is sedert de ALV april 2008 omgezet in de in de werkgroep Tabaksverslaving. Vertegenwoordigers van de werkgroep zijn ondermeer actief betrokken bij het vernieuwen van de CBO-richtlijn Tabaksverslaving.

Projectgroep DBC-Longgeneeskunde Nederland. Zoals al eerder uiteengezet heeft de projectgroep zich in 2008 voor een belangrijk deel beziggehouden met DOT. In de afgelopen periode fungeerde de voorzitter van de CBB als contactpersoon vanuit het bestuur naar de projectgroep; het Bestuur heeft nu besloten de projectgroep rechtstreeks onder zich te plaatsen. Hierdoor zal er tenminste twee maal per jaar structureel overleg met het bestuur plaatsvinden, waardoor er vanuit het bestuur meer zicht op de ontwikkeling van de diverse DBC-trajecten mogelijk is.

De *Werkgroep Ademhalingsstoornissen tijdens Slaap* heeft zich ook in 2008 beziggehouden met de nieuwe richtlijn OSAS. Voorzien is dat deze begin 2009 de definitieve status bereikt. Aanvullend zullen dan prestatie-indicatoren afgeleid worden uit deze nieuwe richtlijn. Ook hierover zullen de werkgroepsleden zich uit moeten spreken. De werkgroepvergaderingen mogen zich in een grote belangstelling verheugen, waarbij zelfs verzoeken tot toelating van niet-medici binnengekomen zijn. De werkgroep zal zich hieromtrent nog beraden, waarbij soortgelijke ontwikkelingen ook herkenbaar zijn binnen de werkgroep tabaksverslaving en de werkgroep COPD. Ook in 2008 werd vanuit de WAS uitgebreide inbreng verzorgd in de Nederlandstalige cursus op het gebied van slaapgebonden ademhalingsstoornissen in Antwerpen.

De *Werkgroep Longfunctie* organiseerde voor de derde maal met grote opkomst de cursus "Ergometrie voor de Longarts". Deze cursus blijkt te voorzien in een verdere structurele aanvulling van het binnenlandse scholingsaanbod.

Contacten met andere Wetenschappelijke Verenigingen: het Bestuur van de NVALT heeft in 2008 overleg gehad met het Bestuur van de Orde van Medisch Specialisten. In het bijzonder de kwaliteitsgelden, bewaking van de kwaliteit van het medisch specialistisch handelen alsmede de relatie van wetenschappelijke verenigingen met de Orde kwamen aan bod.

Overheid: Bijeenkomsten vonden plaats met de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ), ondermeer over de kwaliteit van de oncologische zorg en de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor de diagnostiek en behandeling van de pneumonie. Over dit laatste onderwerp is afstemming gezocht met de Nederlandse Internisten Vereniging. Daarnaast heeft de NVALT, gezamenlijk met de Orde, overleg gehad met de IGZ over de procedures bij de ontwikkeling en introductie van nieuwe prestatie-indicator sets.

De NVALT heeft op verzoek van ZonMw deelgenomen aan een invitationale conference omtrent palliatieve sedatie. Besloten is dat dit onderwerp meegenomen zal worden in de ontwikkeling van de nieuwe CBO-richtlijn palliatief beleid bij COPD.

Ook dit jaar zijn er vanuit de NVALT diverse adviezen afgegeven aan de het CVZ, ondermeer betreffende de inzet van diverse vormen van ademhalingsondersteuning bij slaap-apneu. Adviezen vanuit de NVALT worden door het CVZ zelf beoordeeld en niet noodzakelijkerwijs overgenomen.

In 2008 is er vanuit het Bestuur en de CBB veelvuldig contact geweest met de *Stichting Keten Kwaliteit (SKK)* over de inhoud van de keten-DBC COPD. Zoals bekend betreft het hier een eerste-lijns-DBC COPD, die echter zijn weerslag heeft op de inrichting en kwaliteit van de patiëntenzorg binnen de gehele keten. In 2008 is er vanuit de SKK een definitief voorstel uitgewerkt zoals deze DBC eruit zou kunnen zien. Verder invulling van deze DBC zal op regionaal niveau vorm gegeven dienen te worden, rekening houdend met de structuren die er regionaal aanwezig zijn. Eind 2008 heeft de SKK haar activiteiten beëindigd. De Long Alliantie Nederland zal deze belangen nu verder behartigen.

Opleiding: in 2008 besloot het ministerie, op advies van het capaciteitsorgaan, het aantal opleidingsplaatsen Longziekten fors uit te breiden; dit aantal lag hoger dan door het Bestuur van de NVALT geadviseerd. Daarnaast blijken de opleidingsplaatsen verdeeld te moeten gaan worden uitgaande van de OOR's, hetgeen voor de NVALT niet gemakkelijk is, gelet op het grote aantal perifere opleidingsklinieken. Gezien de complexiteit hiervan besluit het Bestuur een projectgroep Opleiding in te stellen, die zich specifiek met het aantal opleidingsplaatsen en de verdeling van die opleidingsplaatsen zal gaan bezighouden. Collega van den Elshout zal als voorzitter van de projectgroep fungeren. Het Bestuur hoopt op deze wijze slagvaardiger naar de overheid (VWS) en het CBOG te kunnen optreden. Door de instelling van deze projectgroep overweegt de CROL (Commissie Regulering Opleidingsplaatsen Longziekten), zichzelf op te heffen en deels op te gaan in de projectgroep Opleiding (Beide initiatieven zijn inmiddels officieel ge-

accordeerd tijdens de algemene ledenvergadering van april 2009) Het *Concilium* heeft zich in 2008 beziggehouden met de afronding van het nieuwe opleidingsplan Longziekten. Inmiddels is dit opleidingsplan door de CCMS goedgekeurd met als aanbeveling het maximale vignet toe te kennen, te weten A. Tevens participeerden leden van het Concilium in de projectgroep Opleiding.

Commissie Bronkhorst colloquium: Het Bronkhorst Colloquium mocht zich ook dit jaar weer in ruime aandacht verheugen en had als onderwerp "Infectieziekten".

De Longartsenweek (inmiddels de vijfde) werd gehouden van 7 tot 10 april 2008 in congrescentrum 'Papendal' met als onderwerp "Pleura en mediastinum". Samen met het Bronkhorst Colloquium vormt de longartsenweek een belangrijke bron voor binnenlandse nascholing.

Secretariaat. Het secretariaat vormt een rots in de branding voor onze vereniging. Door de medewerkers worden het bestuur, diverse commissies en werkgroepen ondersteund. Ook de financiële boekhouding, onderhoud en vernieuwing van de website en beheer van het GAIa wordt door hen verzorgd. De benoeming van Mw. de Baaij als chef-de-bureau blijkt zijn vruchten afgeworpen te hebben: de slagvaardigheid en autonomie van het secretariaat is verbeterd en vanuit haar positie als chef-de-bureau kan Mw. de Baaij het Bestuur beter ondersteunen; daarnaast heeft zij vanuit deze functie diverse contacten met de bureaus van andere wetenschappelijke verenigingen gelegd.

Website. De NVALT-website is het afgelopen jaar qua lay-out aangepast. Tevens zal er met de sectie assistenten gekeken worden naar mogelijkheden om binnen de website voor hen een eigen domein in te richten. Ten aanzien van het aanbod van tijdschriften- online binnen de bibliotheek is er overleg geweest met de firma E-Wise. Het is moeilijk om een pakket aan te bieden speciaal ingericht naar onze wensen. Veelal worden er package-deals aangeboden, die niet allemaal even interessant zijn. Door het kostenplaatje is het vrijwel onmogelijk een aanbod-op-maat te genereren. Het Bestuur zal zich blijven inspannen om een relevant en interessant aanbod aan online tijdschriften te waarborgen.

Lustrumcommissie: de Lustrumcommissie heeft in 2008 zijn activiteiten met succes afgerond. Mocht het wetenschappelijk programma van het lustrum zich al in een grote aandacht verheugen, de sociale activiteiten in en rondom Maastricht werd door een nog groter aantal leden bijgewoond. Ons lustrum werd afgesloten met een bruisend feest in chateau Neercanne. Velen onder U zien met genoegen terug op dit zeer geslaagde weekend. Een compliment ook nog voor onze lustrumcommissie was het feit dat alle activiteiten binnen de begroting zijn gebleven.

Eeuwboek: het concipiëren van het eeuwboek blijkt toch meer tijd in beslag te nemen dan verwacht. Ondanks het feit dat het Bestuur al een geruime voorbereidingstijd had ingecalculiseerd, blijkt met name het verzamelen van geschikt beeldmateriaal een hele klus te zijn. Er wordt besloten hiervoor een aparte beeldredactie te organiseren, waarvoor gelukkig teruggevallen kon worden op de bereidwillige medewerking van veel actieve en gepensioneerde leden. Helaas blijkt het niet mogelijk in 2008 tot een afronding van het Eeuwboek te komen, zodat 2009 nu het jaar

van realisatie zal worden. De voorlopige drukproeven laten echter zien dat het de moeite van het wachten zeker waard zal zijn.

Financiën. De kascommissie voor 2007 werd gevormd door collega's dr. M.J.F. Mertens en A.J. Polman zij hebben de jaarrekening 2007 na controle akkoord bevonden.

sBLA. Er vonden geen bestuurswisselingen plaats.

Nederlandse Longstichting (NLS): de NLS kan terugzien op een geslaagd jaar. Tijdens de lustrum-receptie werd door collega Klein het boekje "Facts and Figures" officieel gepresenteerd. Dat dit boek met feiten over de longgeneeskundige zorg aan de behoefte voldoet bleek al direct door vragen hieromtrent vanuit de overheid. Op 6 november 2008 heeft nog een vergadering van het Platform Longen plaatsgevonden. De NLS zal zich gaan bezinnen op haar toekomst, aangezien het veld met spelers aanzienlijk verruimd is door de oprichting van het Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband (NRS) en de komst van de Long Alliantie Nederland (LAN).

Vanuit de Raad voor Wetenschap is eind 2007 al gestart met verkenningen naar de toekomstige ontwikkeling van het Nederlands respiratoir onderzoek. Een commissie bestaande uit de collega's van Herwaarden, Postma en Sterk is voortvarend van start gegaan in 2008. Op 19 maart 2009 wordt het NRS (Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband) opgericht. Vanuit de NRS is een kerngroep bestaande uit de hoogleraren Prof. Dr. C.L.A. van Herwaarden, Prof. Dr. M.W. D. S. Postma, Prof. Dr. P.J. Sterk, Prof. Dr. E.F.M. Wouters en Prof. Dr. P. Hiemstra opgericht, die een kernplan zal maken voor het Nederlandse onderzoek. Ook zal bezien worden in hoeverre aansluiting en afstemming met de ERS op het gebied van wetenschappelijke onderzoeksplatformen mogelijk is. De NVALT heeft zich bereid verklaard de oprichtingsfase van de NRS financieel te ondersteunen. Op 22 april 2009 heeft de eerste officiële bijeenkomst van de NRS plaatsgevonden.

Op 26 november 2008 is de Long Alliantie Nederland (LAN) opgericht. De LAN wil de zorg voor patiënten met astma en COPD verbeteren. De nadruk ligt niet alleen op behandeling, maar in belangrijke mate ook op preventie. De bedoeling is dat op termijn deze activiteiten uitgebreid worden naar andere (chronische) longaandoeningen. De NVALT heeft vanuit de ALV toestemming gekregen toe te treden als partner in de LAN. Inmiddels maken 12 organisaties deel uit van de LAN. Het achterliggende idee is dat de LAN als overkoepelende organisatie naar buiten toe als gesprekspartner kan optreden voor alle aspecten, aangaande chronische longaandoeningen en hiermee de longziekten politiek beter op de kaart kan zetten. Zij kan uiteraard specifieke vraagstellingen weer delegeren naar de individuele partners. Vanuit de NVALT is collega Prof. Dr. H.A.M. Kerstjens voorgesteld als Bestuurslid in de LAN. Een van de eerste activiteiten zal bestaan uit het ontwikkelen van een zorgstandaard COPD. Hiervoor is een commissie ingesteld vanuit de LAN, waarin namens de NVALT collega Dr. J.C.C.M. In 't Veen zal participeren.

Forum ERS. De nationale longartsverenigingen zijn binnen de ERS verenigd in de FERS. De FERS vergadert twee maal per jaar. Vanuit het bestuur is Dr. H.J. Pennings afgevaardigd als

vertegenwoordiger vanuit de NVALT. Gespreksonderwerpen van het afgelopen jaar waren de verhouding van het Bestuur FERS ten opzichte van het Bestuur van de ERS: er bestaat veel overlap in functies, zodat het de vraag was of de FERS überhaupt als zelfstandig orgaan binnen de ERS gezien kan worden. Tevens blijkt er onduidelijkheid te bestaan hoe de verhouding FERS-lid (benoemd vanuit de nationale wetenschappelijke verenigingen) en de national delegate (benoemd vanuit de nationale leden van de ERS) gezien moet worden. In bepaalde landen heeft de national delegate zelfs een positie binnen het bestuur van de WV. Voor de Nederlandse ERS leden trad collega Aalberse als national delegate op: inmiddels heeft hij besloten zijn activiteiten als national delegate voor de ERS te staken. De ERS zal op korte termijn verkiezingen voor deze positie uitschrijven. Aangezien de ERS coördinatie van wetenschappelijk onderzoek tot haar kernactiviteiten rekent en er steeds meer onderzoek op Europees niveau aanbesteed wordt, ligt hier wellicht een uitdaging voor de NRS. Het bestuur van de NVALT heeft besloten eerst de uitkomst van deze verkiezingen af te wachten, alvorens een nieuwe structuur te overwegen.

Om de samenwerking tussen de ERS en NVALT verder te versterken is in april 2009 een gesprek tussen het bestuur en de voorzitter van de ERS, Prof. Dr. J. Gerritsen, gepland. Tijdens deze bespreking zullen tevens de mogelijkheden van een gecombineerd lidmaatschap verkend worden. Collega Smeek Nederland vertegenwoordigt Nederland binnen de UEMS en tevens is hij betrokken bij het HERMES project vanuit de ERS.

Binnen HERMES is het afgelopen jaar tijdens de ERS meeting voor het eerste maal het Europees examen afgenomen. Inmiddels bestaat er een gevalideerde vragenset van 300 items.

Vertegenwoordiging/benoemingen: Prof. Dr. G. H. Koeter is benoemd tot voorzitter van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek bij VWS.

Overleden: Dhr. dr. D.K.A. Olthof te Wageningen, Dhr. P.M.J. Berger te Breda.

Sectie School voor Longziekten (SvL) Jaarverslag 2008

Samenstelling	
Prof. Dr. J.-W. Lammers	Voorzitter
Drs. W. de Lange	Secretaris
Dr. P. Bresser	
Dr. H. Heijerman	
Prof. Dr. H. Hoogsteden	
Dr. B. Kwa	
Drs. S. de Hosson	namens arts-assistenten

De sectie kwam in 2008 één keer fysiek bij elkaar. De vergadering werd bijgewoond door collega Rudolphus namens het BST.

E-learning

Er is besloten een ICT groep van de grond te krijgen om de E-learning een goede basis te geven.

De collega's Pieters (Helmond), Macken (Den Bosch) en Kluge (Doetinchem) zullen hiervan deel gaan uitmaken. Versterking

zal ook worden gezocht vanuit de arts-assistentengroep. Dit lijkt inmiddels gelukt. De sectie is van mening dat de e-learning georganiseerd dient te worden zonder inmenging van de industrie. Wel kan zo nodig gebruik worden gemaakt van reeds opgedane expertise door derden.

Professionalisering Onderwijs

De school voor Longziekten is van mening dat het gehele onderwijs voor assistenten en longartsen geprofessionaliseerd zou moeten worden. De aanwezige kennis dient beter benut te worden en makkelijker toegankelijk te zijn voor alle leden. Idealiter zouden de verschillende spelers op het gebied van onderwijs aangestuurd moeten worden door School voor Longziekten.

Longartsenweek

Vanuit de sectie School voor Longziekten wordt jaarlijks de longartsenweek georganiseerd. De vaste locatie is inmiddels sportcentrum Papendal te Arnhem. De longartsenweek 2008 werd wederom zeer goed bezocht met 340 deelnemers. Het thema was: "Pleura en Mediastinum". De evaluatie toonde een gemiddelde beoordeling van een 8. De editie 2008 mag daarom als geslaagd worden beschouwd en voorziet in een substantiële behoefte aan nascholing voor de longartsen. Er mag worden gesteld dat de jaarlijkse longartsenweek zichzelf heeft bewezen en inmiddels behoort tot de vaste nascholingsactiviteiten van de NVALT. De logistieke ondersteuning door het NVALT-secretariaat was als gewoonlijk weer voortreffelijk.

W. de Lange
secretaris School voor Longziekten

Sectie assistenten Jaarverslag 2008

Samenstelling

I. Bahce	Voorzitter
D.R.G.L. Tjong	Secretaris
G.N. Rootmensen	Penningmeester
A. Braam	LVAG
G.N. Rootmensen + F. el Ghani	Assistentendag
+ J. Altenburg	Concilium
S.M. de Hosson + G.N. Rootmensen	Bronkhorst
R. van Rijswijk, R. Cornelissen	CCO
F. el Ghani + D.R.G.L. Tjong	NSL
S.M. de Hosson + R. Cornelissen	ICT werkgroep
I. Bahce, R. Cornelissen, S. de Hosson	Richtlijnen
R. van Rijswijk	

Vergaderingen

Na een hoop wisselingen in de samenstelling in 2007 is de samenstelling begin 2008 grotendeels gestabiliseerd. De ALV waren dit jaar wederom tijdens de assistentendag op 13 september 2008 in Rotterdam en op tijdens de najaarsvergadering op 31 oktober 2008.

In het vervolg zullen de twee ALV van de sectie assistenten altijd plaatsvinden tijdens de voorjaarsvergadering van de NVALT en tijdens de assistentendag in het najaar.

Naast de ALV hebben wij nog een visionaire dag gehouden op 26 april en nog 3 maal (telefonisch) vergaderd.

Doelstellingen

De implementatie van het nieuwe opleidingsplan blijft een belangrijk punt van aandacht voor de sectie assistenten. Het opleidingsplan heeft inmiddels de a-status behaald en zal dus op korte termijn in iedere opleidingskliniek gevolgd moeten worden. De sectie assistenten zal nauw betrokken blijven bij de implementatie van het opleidingsplan.

Met de vernieuwing van de NVALT website wil de sectie assistenten de communicatie naar de AIOS verder verbeteren. Wij zijn ook betrokken bij de ontwikkeling van de website.

Ook via de ICT werkgroep zijn wij actief betrokken bij de ontwikkeling van e-learning. Wij hopen dat de ontwikkelingen in de nascholing van longartsen via e-learning gaat aansluiten bij de 19 themakaarten zoals benoemd in het opleidingsplan.

Concilium

De assistenten zijn ook dit jaar aanwezig geweest bij alle visitaties aan de opleidingsklinieken. Het opleidingsplan is verder ontwikkeld en zal naar verwachting over niet al te lange tijd worden geïmplementeerd in de opleiding tot longarts.

Commissie Cursorisch onderwijs

In mei werd er vergaderd waarbij gevraagd werd aan de sprekers de ppt presentaties die worden getoond op de onderwijsdagen op de NVALT-site te plaatsen zodat deze voor de assistenten toegankelijk zijn. Dit is geëffectueerd, maar loopt de ene keer soepeler dan de andere keer.

Daarnaast werd gebrainstormd over nieuwe onderwerpen om het onderwijs completer te maken (genetica).

Tevens werd de mogelijk op handen zijnde kennistoets besproken. Er werd hieromtrent nog geen definitief besluit gevormd.

LVAG (Landelijke Vereniging voor Medisch Specialististen in Opleiding)

De contributie werd voldaan (door NVALT moedervereniging). *Opleidingsfonds:* Er werd binnen alle juniorverenigingen (en in engere zin bij de Longziekten) een inventarisatie verricht wat betreft de maximaal toegestaan te declareren kosten en de toegankelijkheid van het declareren. Het bleek dat er per kliniek en per specialisme veel diversiteit is. Naar aanleiding hiervan werd door de LVAG een brief opgesteld die verspreid is onder onze leden en van hulp kan zijn bij evt. problemen hieromtrent. Daarnaast is de LVAG gedurende heel 2008 actief geweest om de implementatie en uitvoering van het Opleidingsfonds voor aios zo duidelijk mogelijk te laten verlopen. Dit heeft zich geuit in intensief overleg met de betrokken ministeries, een artikel over het opleidingsfonds in "AIOS" (het verenigingsblad van de LVAG) en individuele adviezen.

Kwaliteitsindicatoren van de medisch specialistische vervolgopleidingen: Het CBOG heeft een projectgroep geformuleerd die als taak heeft gekregen kwaliteitsindicatoren aan te leveren voor de medisch specialistische vervolgopleidingen. Namens de LVAG heeft Dr. A.T.A Mairuhu (voorzitter) zitting genomen in deze projectgroep.

Uitkomst Berenschot-onderzoek: Het onderzoek was erop gericht om inzicht te krijgen in de reële kostprijzen van de verschillende medisch specialistische vervolgopleidingen. Commissie Berenschot heeft in 2008 de opdracht teruggegeven aan de minister omdat zij zich geen eenduidig beeld konden vormen. Er zal gekeken worden of de initiële onderzoeksvraag middels een andere

opzet toch kan worden beantwoord.

Onderzoek arbeidsinspectie: De resultaten van het onderzoek van de arbeidsinspectie zijn deels bekend en ondersteunen de bevindingen van het eerder door de LVAG opgezette bevoegenheidsonderzoek (veel assistenten voldoen aan burn-out criteria).

EWTD (European Working Time Directive): Op Europees niveau was er dit jaar veel te doen over de herziening van de EWTD (richtlijn 2003). Samen met de KNMG en LAD werd in dec 2007 een brief gestuurd aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om opnieuw aandacht te vestigen op de bijzondere positie van aios en op de bezwaren die er bestaan tegen verruiming van de EU-richtlijn. In dec 2008 bleek de lobby voor de Europese aios succesvol te zijn geweest. Daarnaast is in de EWTD 2003 een gefaseerde afbouw van het aantal gemiddeld per week te werken uren geregeld. Per 1 aug 2009 zou de laatste fase in moeten gaan waarin alle aios gemiddeld 48 uur per week mogen werken. In de EWTD is ook een extra overgangsregeling opgenomen waarbij landen om een overgangsperiode (max 2 jaar in duur) met een 52-urige werkweek mogen verzoeken. De NFU en NVZ hebben te kennen gegeven van de overgangsregeling gebruik te willen maken.

Arbeidstijdenbesluit: In het najaar van 2007 is de arbeidsinspectie een nieuwe inspectieronde begonnen in Nederlandse ziekenhuizen naar de naleving van de huidige arbeidstijdenwetgeving onder aios en anios. In 2008 werden de voorlopige resultaten gepresenteerd. Er bleek dat het merendeel van de geïnspecteerde instellingen de werktijdenwet overtreedt, de werkdruk hoog is, er een gebrek is aan protocollen en dat de werktijdenregistratie op veel plaatsen slecht is of onder druk van de ziekenhuiscultuur wordt ingevuld.

In december werd de nieuwe website van de LVAG gelanceerd.

Bronkhorst

Thema voor het Bronkhorst Colloquium wat samen met de Vlaamse longartsen wordt georganiseerd, was voor 2008 infectieziekten.

In mei 2009 werd er vergaderd met de organisatie van het Bronkhorst Colloquium over de Bronkhorst van 2009. Besloten werd dat het zal gaan over longoncologie. Er werd een programma gemaakt en gebrainstormd over topics en sprekers.

School voor longziekten

In 2008 organiseerde de School voor Longziekten de Longartsendagen in Arnhem. Het onderwerp was Pleura en Mediastinum. Longartsen in opleiding zijn welkom bij deze dagen, zij worden op dezelfde wijze benaderd als longartsen. Daarnaast werd de voorbereidingscommissie 2009 ingesteld, het onderwerp zal dan Obstructieve Longziekten zijn.

In 2008 heeft de School voor Longziekten eenmaal vergaderd. Het belangrijkste agendapunt was het instellen van een ICT-werkgroep. Kerntaken zijn de professionalisering van de NVALT op ICT-gebied. Hieronder vallen met name het opzetten van een website en het inventariseren van de vraag naar en opzet van een e-learning programma. Deze werkgroep is enthousiast aan de slag gegaan.

Een tweede punt die aan de orde is geweest is de verdere professionalisering van de School voor Longziekten. Er werd nagedacht over een paraplu-constructie, waarbij alle activiteiten op het gebied van onderwijs en opleiding onder deze sectie zouden kunnen vallen. In 2009 zal dit plan verder uitgewerkt worden.

ICT werkgroep

Eind 2008 werden de eerste stappen gezet om deze werkgroep op te richten. Tijdens de eerste vergaderingen werden de onderwerpen gekozen die de werkgroep wilde behandelen: "e-learning" en "EPD". Er is aanvankelijk een enquête gehouden tijdens de longartsenweek om uit te maken in hoeverre er onder de longartsen de behoefte of liever de interesse leeft te participeren in e-learning en nascholing via internet. De resultaten hiervan volgen nog. De werkgroep is natuurlijk ook betrokken bij de vernieuwing van de website."

Richtlijnen

Op dit moment zijn een aantal richtlijnen in ontwikkeling:

- De richtlijn chronische rhinosinusitis en peri-operatieve zorg zijn bijna afgerond.
- Ernstig astma, richtlijn SCLC, richtlijn drainbeleid, de richtlijn beroepsastma zijn in ontwikkeling.
- De Richtlijn mesothelioom en chronisch hoesten zijn in de opzet fase en er bestaat een plan om een richtlijn atypische mycobacterien te gaan opstarten.
- Interstitiële longziekten en haemoptoe is de voortgang onduidelijk
- De richtlijn niet maligne pleuravocht wordt verlengd met 5 jaar
- De richtlijnen medische thoroscopie, bronchoscopie en CAP zullen opnieuw beoordeeld worden.

Er is behoefte aan het afstemmen van onze richtlijnen met de leden van de NVALT.

Leden van de NVALT, ook assistenten, wordt gevraagd aan welke richtlijnen er behoefte bestaat. Alle suggesties zijn van harte welkom.

Assistentendag

De assistentendag was dit jaar in Rotterdam en was dit jaar met een hogere opkomst een geslaagde dag. De dag begon met de algemene ledenvergadering. Het wetenschappelijk programma werd dit jaar verzorgd door Bernt vd Blink, die een helder overzicht gaf over longtransplantaties gaf, en Menno van der Eerden die een boeiend verhaal heeft gepresenteerd over infecties bij verminderde afweer. Later op de dag was er een sociaal programma met een roeiwedstrijd, borrel en diner.

Financieel

De sectie assistenten is nog steeds financieel gezond en heeft een sluitend boekjaar gehad. Aan inkomsten waren er de bijdrage van de sponsors voor het wetenschappelijk deel van het assistenten weekend en de eigen bijdrage van de leden in de vorm van het inschrijfgeld voor datzelfde weekend. De bijdrage van het NVALT hoofdbestuur was dit jaar wederom niet nodig.

Afscheid

Peter van Tilburg, Wessel Hanselaar.

Wisseling bestuur

Nieuw aangesteld: Rein van Rijswijk
Zijn kandidatuur werd geaccordeerd tijdens de laatste A.L.V.

Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding (VvAwT)

Sectie van de NVALT. Jaarverslag 2008

Samenstelling bestuur

Vacature,	voorzitter
Dhr. E.M. Huisman	secretaris
Dhr. G.M. Berkel	penningmeester
Dhr. J.V. Kuyvenhoven	afgevaardigde KNCV
Mw. E.A.M. Mensen	afgevaardigde NVALT
Mw. S. Toumanian	
Dhr. S. van Kuijk	

Ledenaantal

Gedurende het verslagjaar daalde het ledenaantal van de VvAwT naar 42 leden.

Bestuursvergaderingen

In 2008 vergaderde het bestuur 4 maal. Onderwerpen die aan bod kwamen waren de eliminatie van TBC in Nederland, landelijke CPT/VvAwT-dag met een symposium, nascholing icm NVALT en de aansluiting van de KAMG bij de KNMG waardoor de VvAwT-leden ook KNMG lid zouden worden. Er is gezocht naar een nieuwe voorzitter. De secretaris en penningmeester nemen tijdelijk de taken waar van de voorzitter.

Algemene ledenvergaderingen

In 2008 werden twee algemene ledenvergaderingen gehouden. De eerste ALV was op 25 juni 2008. De tweede ALV van 31 oktober 2008 was gekoppeld aan de wetenschappelijke vergadering van de VvAwT samen met de NVALT. De onderwerpen kwamen grotendeels overeen met de onderwerpen van de bestuursvergaderingen.

Nascholingsdagen 2008

Deze werden gehouden op 11 en 12 januari 2008 in Conferentiehotel Kontakt der Continenten in Soesterberg met als titel "Het aantonen en voorkomen van tuberculose-infectie". De nadruk lag op IGRAs en de infectiositeit en risicoperceptie van tuberculose. Zoals gebruikelijk was de zaterdag ingeruimd voor casuïstiekbesprekingen.

Plenaire visitatiecommissie

Mw. W. Meijer-Veldman en de heer C. van der Loo, participeren vanuit de VvAwT in de Plenaire Visitatie Commissie van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT).

Vertegenwoordigingen

De VvAwT had in 2008 vertegenwoordigers in:

- Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC): mw. M. Alink als plaatsvervangend lid namens de KAMG.
- KAMG: Dhr. E.M. Huisman (bestuurslid). Dhr. S van Kuijk en Mw. S Toumanian waren plaatsvervangend lid.
- NVALT bestuur: mw. J. van Loenhout nam de positie over van mw. E.A.M. Mensen
- NVALT commissie Tuberculose: Dhr. N.A.H. van Hest (VvAwT), mw. A.C. van Haften (NVALT), mw. J.H. van Loenhout (NVALT), dhr. H. van Deutekom (NVALT).
- Adviesgroep vrijstelling profiel TBC: Mw. M.H. Kamphorst-Roemer, Dhr. J. Kuyvenhoven.

- Adviesgroep vrijstelling sociaal geneeskundige basis: Mw. M.H. Kamphorst-Roemer
- Stuurgroep Eliminatie: Mw. W. Meijer-Veldman.
- De vereniging VvAwT is lid van de vereniging KNCV Tuberculosefonds.

KAMG

De VvAwT maakt als vereniging deel uit van de KAMG. Een bestuurslid van de VvAwT heeft zitting in het bestuur van de KAMG (Koepel van Artsen Maatschappij en Gezondheid). Zaken die in 2008 binnen de koepel speelden waren ondermeer de aansluiting bij de KNMG, de financiering van de opleidingen, bijdrage aan het vernieuwde CSG kaderbesluit en daaraan gekoppeld Handboek Modernisering vervolgoopleidingen sociale geneeskunde en Eerder Verworven Competenties en een bijdrage aan de Preventienota van het ministerie van VWS. De KAMG stond in 2008 met een stand op de carrièrebeurs en het congres Health is Wealth. Een congrescommissie is bezig met het KAMG congres begin 2010.

De Commissies

Nascholingscommissie

De Commissie nascholing bestond in 2008 uit dhr. R. van Altena (voorzitter), dhr. P.J.H.J. van Gerven (adviseur KNCV) en Mw. M. Heus (adviseur KNCV), dhr. A. Antheunisse, mw. M.A.A. Visser-Wullems, dhr. S.T. Keizer, Mw. R.I.N. van Nispen, A. Kiers en mw. J.H. van Loenhout.

De Commissie kwam bijeen om de jaarlijkse nascholingsdagen te organiseren met logistieke ondersteuning van mw. J. Huisman (Van Berkel Consultancy).

Opleidingscommissie

De commissie bestond in 2008 uit dhr. G. de Vries en J. van Loenhout. Dhr. J.V. Kuyvenhoven en dhr. P. Kouw zijn afgetreden. Er is nagedacht over knelpunten en ontwikkelingen van het profielonderwijs tuberculosebestrijding. In 2009 moet dit geconcretiseerd worden.

Accreditatiecommissie

Dhr. N.A.H. van Hest verzorgt samen met dhr. M. Verhagen voor de vereniging in het Absg (Accreditatie Bureau Sociale Geneeskunde) de accreditatie. Het Absg is een samenwerkingsorgaan van de NVAB, NVVG en KAMG. De commissie heeft onder meer bij de leden aangegeven wat veranderd is in de accreditatie van buitenlandse congressen.

Commissie toekenning Reisstipendia

In 2008 bestond de commissie uit de penningmeester dhr. M. Berkel, de voorzitter van de opleidingscommissie (vacature) en een vertegenwoordiger vanuit de KNCV. Er is in 2008 een reisstipendium toegekend.

Kascommissie

In 2008 bestaande uit dhr. B. Koster en Dhr. C. van der Loo. Met het vaststellen van de jaarrekening 2008 werd het bestuur eervol gedechargeerd.

E.M. Huisman, secretaris
Juni 2009

Commissie accreditatie (CAC) Jaarverslag 2008

Samenstelling:

W. de Lange, voorzitter
 J.L. van der Lichte, secretaris
 J.W.K. van den Berg, lid

In het verslagjaar werden in de periode januari tot en met december in totaal 127 aanvragen door de commissie in behandeling genomen en beoordeeld.

Een samenvatting van de beoordelingsresultaten van de CAC staat in de volgende tabel vermeld.

2008	Positieve beoordeling	Afgewezen
Accreditatieaanvragen	123	4

Het jaar 2007 is het eerste volledige jaar waarin gebruik gemaakt werd van het zogenaamde GAIA systeem (Gemeenschappelijk Accreditatie Internet Applicatie) Het betreft een volledig geautomatiseerd systeem voor accreditatie van nascholing. Doel is het stroomlijnen van de logistiek van accreditatie voor de verschillende wetenschappelijke verenigingen. De meeste wetenschappelijke verenigingen maken inmiddels van dit systeem gebruik. Via het GAIA-systeem worden de aanvragen ingediend, vindt beoordeling plaats en de leden van de commissie, het secretariaat en de aanvragers communiceren met elkaar via een vraag- en antwoordrubriek. Alle correspondentie over de ter accreditatie aangeboden nascholing verloopt via het systeem. Wanneer naar het oordeel van de accreditatiecommissie sprake lijkt van niet –medisch specifieke vakinhoudelijke nascholing, wordt de aanvraag door gestuurd naar het ABMS (Accreditatie Bureau Medisch Specialisten), het centrale loket voor algemene vakgroepoverstijgende bij- en nascholing o.a. op het gebied van gezondheidsrecht, communicatie, medische ethiek, zorgstelsel etc.

Alle geaccrediteerde cursussen staan ook vermeld in de congressagenda van PulmoScript.

Gedurende het verslagjaar werd door de commissie één maal telefonisch vergaderd. Enkele onderwerpen die ter sprake kwamen zijn o.a. overeenkomst CGR/GAIA, accreditering van E-learning. De accreditatiecommissie erkent het belang van moderne vormen van nascholing zoals e-learning. Het huidige accreditatiereglement voorziet hierin vooralsnog onvoldoende. Er dient een beoordelingskader te worden ontwikkeld aan de hand waarvan

individuele e-learning en individueel schriftelijk onderwijs kunnen worden getoetst en geaccrediteerd. Binnen het Accreditatie Overleg is over dit onderwerp al een conceptrichtlijn verschenen.

Voor details ten aanzien van het GAIA-systeem kan worden verwezen naar eerdere publicaties hierover in PulmoScript en de GAIA- website (www.knmg.nl/accreditatie)

J.L. van der Lichte
 Secretaris Commissie Accreditatie

Commissie Beroepsbelangen (CBB) Jaarverslag 2008

Samenstelling:

Arjan Rudolphus voorzitter
 Hans Grotjohan secretaris, lid projectgroep DBC's
 Remco Djamin voorzitter projectgroep DBC's
 Nico 't Hullenaar dure geneesmiddelen
 Hans van Helmond juridische zaken
 Ernst Lammers ketenzorg COPD.
 Ed van der Graaf namens de Academische Ziekenhuizen

De CBB, en dan met name de projectgroep, heeft zich ook in 2008 zeer intensief bezig gehouden met de DBC- problematiek. De DBC-problematiek is eigenlijk de belangrijkste problematiek waar de CBB zich de laatste jaren mee bezig moet houden.

De traject ketenzorg COPD heeft, vanuit de Stichting Ketenzorg, mede geleid tot de oprichting van de long Alliantie Nederland (LAN). De voorzitter van de CBB heeft aan het discussietraject dat hier aan voor af ging volop mee gewerkt.

Naast bovenstaande de CBB zich wederom bezig gehouden met dure geneesmiddelen en de daarbij behorende vergoedingsproblematiek (Nico 't Hullenaar).

Hans van Helmond behartigt onze juridische zaken behartigen en de CBB in het Platform Medisch specialist en recht.

In 2008 is de werkgroep ICT begonnen met een inventarisatieronde m.b.t. van het Digitaal Medisch Dossier en de E-learning. De ontwikkeling hiervan gaat in nauwe samenwerking met de school voor Longziekten en wellicht later ook met andere werkgroepen.

De complicatieregistratie is reeds in 2007 in een aantal klinieken ingevoerd en zal in 2009 worden getoetst. Nieuwe ontwikkelingen op dit gebied zijn er niet geweest.

Er werd in 2008 1 keer plenair vergaderd in Hoog Brabant te Utrecht en een aantal keren in wisselende samenstelling vergaderd via de telefoon.

03 augustus 2009.

Arjan Rudolphus, voorzitter CBB
 Hans van Helmond, inkomend voorzitter CBB

Commissie Bronkhorst Colloquia (CBC) Jaarverslag 2008

De samenstelling van de commissie Bronkhorst Colloquia is op een kleine wijziging na nagenoeg gelijk aan 2007. De commissie is samengesteld uit :

Harry Groen	longarts in het AZG,
Jan van Noord	longarts in het Atrium Medisch Centrum,
Annemiek Braam	AIOS longziekten in ziekenhuis Rijnstate,
Paul Bresser	longarts in het AMC,
Robin Cornelissen	AIOS longziekten in het Erasmus MC,
Frans Krauwels	longarts in het Onze Lieve Vrouwegasthuis,
Wim van Veldhuizen	longarts in het Diaconessenhuishuis te Meppel
Henk Hoogsteden	longarts Erasmus MC

Ook in 2008 mocht het Bronkhorst Colloquium zich verheugen in een zeer grote belangstelling. Zowel het colloquium gehouden in het Floréal Club in Blankenberge als in de Koningshof in Veldhoven waren beiden overtekend. Het colloquium van 20, 21 en 22 november 2008 in Veldhoven had als onderwerp: *Infectieziekten*. De klinisch-pathologische conferentie werd goed gewaardeerd en daarnaast waren er ook een aantal uitstekende voordrachten waaronder basale afweer en stoornissen door Bart Lambrecht uit Gent en vaccinaties en pandemie-aanpak door Ab Osterhaus te Rotterdam, TBC in de 21^e eeuw door Martin Borgdorff in Amsterdam en nieuwe ontwikkelingen in de anti-infectieuze therapie van Johan Maertens uit Leuven. Er waren diverse werkgroepbesprekingen en nagenoeg alle voor de longarts belangrijke infectieziekten werden behandeld. Ook werd er aandacht besteed aan ziekenhuishygiëne voor de longarts en importpathologie. Vanwege het reisgedrag en vanwege het feit dat er veel allochtonen op het spreekuur van de longarts gezien worden, is het belangrijk geweest om ook aan deze onderwerpen aandacht te besteden.

Het Colloquium infectieziekten in de Koningshof te Veldhoven was het 29^e Nederlandse en het 17^e gezamenlijke colloquium van Commissie Bronkhorst Colloquia en het forum Vlaamse Longartsen. In Veldhoven waren 190 deelnemers, waarvan 40 Belgen waaronder ook Belgische assistenten. Er was zelfs een wachtlijst van 50 personen, hetgeen nog eens aangeeft hoe populair de Bronkhorst Colloquia zijn. De toets was over het algemeen goed gemaakt maar opgemerkt moet worden dat slechts 60% de toets heeft ingestuurd. De toets is niet alleen belangrijk voor de deelnemers om het leereffect van de voorstudie te beoordelen, maar ook voor de sprekers en inleiders van de werkgroepbesprekingen om nog eens extra aandacht te vestigen op die onderwerpen die er in de toets niet zo goed uitkomen. Daarom wordt vanuit de commissie ten sterkste aanbevolen om de toets wel vooraf te maken en hem ook in te zenden, omdat daarmee de kwaliteit van het colloquium verbeterd kan worden. Er zijn een aantal collegae die het Bronkhorst Colloquium soms voortijdig verlaten op vrijdagavond, en dat is natuurlijk erg jammer omdat zij dan een deel van het colloquium missen en er anderen zijn op (de wachtlijst) die graag in hun plaats zouden zijn gegaan. Het is om die reden dat de commissie u verzoekt om vooraf na te gaan of u het gehele colloquium wel of niet kan volgen. Wanneer daarover twijfels zijn en toch ingeschreven wordt, is het vrijwel zeker dat daarmee een plaats geblokkeerd wordt voor iemand die op de wachtlijst staat en graag het hele

colloquium zou bijwonen. Wellicht kan daar bij de volgende colloquia rekening mee worden gehouden. Het volgende colloquium heeft als onderwerp *Oncologie* en zal in Veldhoven gehouden worden op 19, 20 en 21 november. We hopen daarmee op een succesvolle manier de colloquia te kunnen voortzetten en gaan ervan uit dat de opkomst ook nu weer goed zal zijn.

De voorzitter van de Bronkhorst commissie,
Prof. Dr. H.C. Hoogsteden, longarts Erasmus MC, Rotterdam.

Commissie Cursorisch Onderwijs (CCO) Jaarverslag 2008**Samenstelling 2008**

E.F. Smit,	voorzitter
J.G. van den Aardweg,	secretaris
A. Braam	
B. van der Bruggen	
F. El Ghani	
P. van Hal	
R. Jonkers	
W. de Lange	
D. Tjong	
F. Visser	

Cursussen

Door de Commissie Cursorisch Onderwijs worden de basis cursussen georganiseerd ten behoeve van de assistent-geneeskundigen in opleiding tot longarts. In 2008 zijn alle basis cursussen georganiseerd: pathofysiologie van de ademhaling (3 dagen), oncologie (3 dagen), beeldvormende technieken (2 dagen), allergie/immunologie (2 dagen), infectieziekten (2 dagen), en tuberculose (4 dagen). De assistent-geneeskundigen zijn verplicht aan het eind van de opleiding alle cursussen te hebben gevolgd. Per cursusdag nemen gemiddeld 30 cursisten deel.

Algemene opmerkingen

Iedere nieuwe assistent-geneeskundige in opleiding tot longarts krijgt na aanmelding bij de NVALT een brief waarin het programma en de regels voor het cursorisch onderwijs vermeld staan. Om de nieuwe assistenten in opleiding zo goed en zo snel mogelijk in het cursorisch onderwijs te laten instromen krijgen ze door het secretariaat NVALT plaatsen voor de cursussen toegewezen.

Organisatie van het cursorisch onderwijs

Besloten werd een nieuwe cursus genetica op te zetten (cursus van één dag), deze zal van start gaan op 6 november 2009. De nadruk zal liggen op basale genetische aspecten van diverse longziekten (bijvoorbeeld interstitiële ziekten, astma en COPD).

Er wordt nagedacht over mogelijkheden om het grote aantal nieuwe cursisten (ongeveer 45 nieuwe aios landelijk per jaar) op het juiste moment in hun opleiding in staat te stellen aan alle cursussen mee te doen. Momenteel nemen per cursus ongeveer 34 cursisten deel. Voorlopig zullen alle cursussen jaarlijks gegeven worden.

Tevens wordt een mogelijke verdeling van onderwerpen tussen landelijk en regionaal onderwijs besproken en wordt nagedacht over mogelijke kennistoetsing in de toekomst.

De commissie dankt de sprekers, medewerkers van de firma AstraZeneca (logistieke ondersteuning) en het secretariaat van de NVALT voor de goede organisatie en ondersteuning.

Joost van den Aardweg

Concilium (CLT) Jaarverslag 2008

Samenstelling:

Dr. J.S. van der Zee	voorzitter
Dr. G. Wesseling	secretaris
Dr. E.G.M. Cobben-Beld	
Dr. E.H.J. van Haren	
F.J. Visser	
Dr. H.G.M. Heijerman	
Prof. Dr. P.N.R. Dekhuijzen	
Dr. H.B. Kwa	
Dr. J.B. Wempe	
G.N. Rootmensen	

In 2008 heeft het Concilium tweemaal plenair vergaderd. Daarnaast werd er zowel telefonisch als via de e-mail intensief overlegd over zaken als de opleidingseisen, het opleidingsplan, de implementatie van het Opleidingsplan, de common trunk interne geneeskunde, de regels voor wetenschappelijke output van de opleiders, het bijhouden en gebruiken van het inmiddels verplichte portfolio, de Projectgroep Opleiding en andere zaken die de opleiding aangaan.

In 2008 werden de volgende opleidingsklinieken gevisiteerd:

- Amphia ziekenhuis te Breda op 11 januari
- Medisch Spectrum Twente te Enschede op 18 januari
- Maastricht Universitair Medisch Centrum op 25 januari
- Sint Franciscus Gasthuis Rotterdam op 26 september
- Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein op 7 november
- Academisch Medisch Centrum Amsterdam op 12 december

Telkens konden de rapporten ruim binnen de daarvoor geldende termijn aan de MSRC worden voorgelegd.

Namens de NVALT bleef Dr. FWJ.M. Smeenk betrokken bij de Europese harmonisatie van de opleidingen tot medisch specialist en vertegenwoordigde hij samen met Dr. J.S. van der Zee het Concilium in het CCMS.

Commissie Richtlijnen (CRL) Jaarverslag 2008

Samenstelling:

Bert Roldaan	voorzitter
Gert-Jan Braunstahl	secretaris
Arjen van Henten	
Marleen Bakker	
Hans Smit	
Bernt van den Blink	
aul Bresser	
Rik van Klink	
Jan-Willem van den Berg	

In het afgelopen jaar zijn de richtlijnen Cystic Fibrose en peri-

operatieve zorg afgerond (in samenwerking met het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO). De multidisciplinaire richtlijn chronische rhinosinusitis (ook CBO) bevindt zich nog in afrondende fase. Dit jaar zijn de richtlijnen hoesten, hemoptoe, mesothelioom en kleincellig longcarcinoom opgestart. Zij bevinden zich nog in de beginfase. De richtlijnen interstitiële longziekten, beroepsastma en ernstig astma zijn momenteel in ontwikkeling. De financiering voor richtlijnactiviteiten blijft gelukkig voorlopig gehandhaafd.

Een steeds belangrijker taak van de CRL wordt het autoriseren van extern ontwikkelde richtlijnen met implicaties voor het vakgebied Longziekten. Hiervoor is een autorisatiecommissie in het leven geroepen die experts benaderd om externe richtlijnen te beoordelen. Een andere taak is het in de gaten houden van de houdbaarheidsdatum van de richtlijnen. Elke vijf jaar moeten bestaande richtlijnen worden geüpdate. Hiervoor komen in aanmerking medische thoracoscopie en bronchoscopie.

Zoals u misschien is opgevallen is de richtlijnenindeling op de website van de NVALT aangepast. Er zijn nu links van de CRL pagina naar bijv. CBO en internationale richtlijnen. In de toekomst valt te overwegen om de richtlijnen naar het Engels te vertalen om ze voor iedereen toegankelijk te maken.

Naast de ontwikkeling van de richtlijnen wil de CRL zich meer gaan bezighouden met het ontwikkelen van indicatoren, parameters waarmee onder andere de kwaliteit van de zorg getoetst kan worden. De visitatiecommissie zou een rol kunnen spelen bij de implementatie van richtlijnen. Tenslotte willen we alle collega's die zich de afgelopen jaren hebben ingezet voor "onze" richtlijnen hartelijk bedanken voor hun inzet en hopen we ook in de toekomst een beroep te mogen doen op uw aller medewerking.

Commissie Tuberculose (CTB) Jaarverslag 2008

Samenstelling:

P.D.L.P.M. van der Valk	Voorzitter
A.C. van Haften - van der Schee	Secretaris
R. van Altena	
M. Bakker	
M.J. Boeree	
H. van Deutekom	
C. Magis d' Escurra	
W.de Lange	
J.H. van Loenhout - Rooyackers	
R.P. van Steenwijk.	
N.A.H. Hest	
P.J.H.J. van Gerven	(als vertegenwoordiger van de KNCV)

De Commissie kwam in 2008 twee keer bijeen op 15-2-2008 en 13-10-2008, een geplande vergadering in juni moest worden geannuleerd door onverwachte verhindering van een aantal leden van de Commissie. Op 15-2-2008 werd een "heidag" gehouden op Dekkerswald over de toekomst van het onderwijs van de Tuberculose, resulterend in een werkgroep onderwijs, die dit item verder zal gaan uitwerken.

De Commissie streeft naar presentaties op de wetenschappelijke voor- en najaarsvergadering van de NVALT om bij een zo breed mogelijk longartsenpubliek de T van de NVALT levend te houden. Ze poogt ook meer betrokkenheid van de leden te krijgen door publicatie vooraf van de richtlijnen.

Op de najaarsvergadering werden een aantal voordrachten gehouden over tuberculose, waaronder een pro en con sessie om met behulp van IGRA's tuberculose infecties aan te tonen, een voordracht over MDR tuberculose en het belang van screening op tuberculose bij het gebruik van TNF- α blokkerende middelen. Ook werd de implementatie van het 'preventiebeleid tuberculose' in de ziekenhuis-setting opnieuw aan de orde gesteld. Het protocol is nu ook via de website toegankelijk gemaakt.

Dr. P.D.L.P.M. van der Valk Voorzitter
A.C. van Haeften- v.d. Schee Secretaris.

Commissie Visitatie Longziekten (CVL) Jaarverslag 2008

Samenstelling:

A. Termeer	voorzitter
S.J.M. Mol	secretaris
P.J. de Bruyn	
Dr. M.M.H. Hochstenbag	
A.M. Janssens	
G.J. Jukema	
Dr. R. Koppers	
Dr. K.W. van Kralingen	
Dr. F. Krouwels	
M.G.G. Koolen	
Th. Macken	
H. Otten	
W.C.J. van Veldhuizen	

In 2008 zijn met secretariële ondersteuning van de NVALT 20 kwaliteitsvisitaties uitgevoerd. Een enkele maal heeft hervisitatie ondanks dringend advies van de CVL niet plaatsgevonden. Het visitatierapport wordt, nadat het is besproken in de voltallige commissie, met conclusies en aanbevelingen aan de gevisiteerde longartsengroep gepresenteerd. De commissie visitatie longziekten heeft in dit verslagjaar 4 keer plenair vergaderd.

Werd voorheen een kliniek gevisiteerd door een commissie ad hoc, bestaande uit een vast lid van de commissie visitatie kwaliteit en een toegevoegd lid uit een reeds gevisiteerde kliniek, vanaf 2008 heeft de commissie besloten te gaan visiteren met een commissie ad hoc bestaande uit twee vaste leden van de commissie, hetgeen de continuïteit en kwaliteit ten goede komt.

Vanaf 2008 is door het CCMS verplicht gesteld dat een medisch specialist, in het kader van herregistratie, aan kan tonen deel te hebben genomen aan een kwaliteitsvisitatie.

Hiertoe is de volgende minimumeis opgesteld:

De medisch specialist dient zich in het kader van de kwaliteitsvisitatie toetsbaar op te stellen door deel te nemen aan de kwaliteitsvisitatie, hetgeen in beginsel betekent dat de medisch specialist in persoon aanwezig dient te zijn tijdens de kwaliteitsvisitatie.

Deelname:

1. Omstandigheden of verplichtingen waardoor de medisch specialist niet in persoon kan deelnemen aan de kwaliteitsvisitatie beperken het recht op hernieuwing van de inschrijving in beginsel niet, wanneer de medisch specialist de visi-

tatiecommissie zo spoedig mogelijk danwel ten minste twee weken voor de kwaliteitsvisitatie inlicht over (de reden van) zijn afwezigheid en daarnaast schriftelijk zijn aandeel in de voorbereiding toelicht.

2. Indien zich dringende omstandigheden van bijzondere aard voordoen waardoor niet aan de termijn van het 1^e lid van dit artikel kan worden voldaan, weegt de MSRC af of, gezien de bijzondere omstandigheden, toch kan worden gesteld dat er sprake is van een recht op hernieuwing van de inschrijving.
3. Indien de medisch specialist niet heeft deelgenomen aan de kwaliteitsvisitatie zonder dat de omstandigheden dit rechtvaardigen, kan het niet deelnemen gevolgen hebben voor de duur van of het recht op hernieuwing van de inschrijving.
4. Indien een solitair werkzame specialist of groep van medisch specialisten als geheel niet deelneemt aan de kwaliteitsvisitatie, kan dit een herregistratie voor beperkte duur tot gevolg hebben, waarbij binnen de hernieuwde termijn alsnog aan een kwaliteitsvisitatie deelgenomen dient te worden.

In 2008 is het GAIA systeem aangepast waardoor het nu mogelijk is dat de wetenschappelijke vereniging een aantekening van gehouden kwaliteitsvisitatie kan toevoegen aan het dossier van de arts.

Na verzending van het visitatierapport aan de gevisiteerde longartsengroep wordt de aantekening door het secretariaat van de NVALT, automatisch bijgeschreven in het dossier van de longartsen die deel genomen hebben aan de kwaliteitsvisitatie.

Werkgroep allergie en beroepsastma (WAB) Jaarverslag 2008

De werkgroep allergie en beroepsastma (WAB) is in het jaar 2008 eenmaal bijeengekomen en wel op 17 december. Op die bijeenkomst werd een breed scala aan onderwerpen besproken, waaronder NO metingen in uitademingslucht, het belang van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten en het onderhouden van aandacht voor astma en allergie, onderwerpen die heden ten dage moeten concurreren met andere pulmonale aandachtsgebieden die wat meer "in de mode" lijken te zijn. Er werd uitgebreid gediscussieerd of de WAB zich breder moet gaan profileren door bijvoorbeeld samenwerkingsverbanden aan te gaan met bijvoorbeeld het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten of patiëntenverenigingen. In dat kader werd een naamswijziging voorgesteld van WAA (werkgroep allergie en astma) in plaats van WAB. Een dergelijk besluit zal breed gedragen moeten worden en werd geplaatst naar de besprekingen in 2009. Er werd de behoefte uitgesproken om in 2009 tweemaal bijeen te komen.

Werkgroep Ademhalingsstoornissen tijdens de Slaap (WAS) Jaarverslag 2008

Reindert van Steenwijk Voorzitter
Michiel Eijsvogel Secretaris

Jaarlijks zijn er twee huishoudelijke en aansluitende wetenschappelijke vergaderingen (dit jaar op 14 maart en 7 november). Opkomst circa 25 longartsen per vergadering.

Huishoudelijk:

- CBO-OSAS richtlijn klaar (Jan. 2009 definitief); te downloaden bij NVALT en CBO website. Aan gedrukte versie wordt gewerkt (Assin)
- Minister neemt advies, betreffende rijvaardigheid van patiënten met o.a. OSAS, van commissie Rooyackers uit 2007 over: patiënten met recent vastgesteld en behandeld OSAS mogen na 2 maanden weer autorijden (catagorie I), beroepschauffeurs (catagorie II) na 3 maanden. Geldigheidsduur 1^e maal 1 jaar, daarna wederom 1 jaar voor catagorie II en 3 jaar voor catagorie I. Dit lijkt streng, maar voorheen, mocht 5 jaar niet aan het verkeer worden deelgenomen! Keuringen vinden plaats door onafhankelijke (niet de eigen specialist) longarts of neuroloog.
- Slaap, d.w.z. OSAS is zo wel voor de longartsen, als neurologen en KNO in het B-segment gekomen. Slaapendoscopie (KNO) wordt vergoed.
- Voor behandeling van het centraal slaap apneu syndroom met Cheyne-Stokes ademhaling kan o.a. pos. druk behandeling in de vorm van CPAP of BilevelPAP worden toegepast. Een nieuwe effectieve vorm van pos. drukbehandeling is de Adaptive Pressure Support Servo-Ventilation. Opname in het basispakket van het CVZ (college van zorgverzekeringen) is afgewezen. Via de CTB (centra van thuisbeademing) kan dit wel worden vergoed.
- MRA behandeling is voor de indicatie licht en matig ernstig OSAS wel opgenomen in het basispakket van het CVZ. Per 1-1-2010 wordt de MRA vergoed!
- Diverse malen is de intentie uitgesproken om meer klinisch slaaponderzoek, en wel multicenter onderzoek te verrichten. Inbedding bij de NRS is een van de mogelijkheden.
- (Bij)scholing middels de 3 daagse "Slaapcursus der Lage Landen" te Antwerpen blijft een succesformule. Veel Nederlandse collega's hebben hier inmiddels gebruik van gemaakt.

Wetenschappelijk:

Elke vergadering worden 3-4 voordrachten gehouden, waarna meestal een levendige discussie volgt. Hierbij een korte opsomming van de gehouden presentaties in 2008.

- Toegevoegde waarde NIV tijdens longrevalidatie bij COPD
- Marieke Duiverman, Dr Peter Wijkstra. Duiverman liet zien dat er inderdaad een toegevoegde waarde van NIV is! (promotie: 16 april 2009 Groningen)
- RCT MRA vs CPAP bij matig – en ernstig OSAS. Dr. Aarnoud Hoekema. Groningen. Uit deze studie blijkt dat bij matig OSAS (AHI 15-30) MRA gelijkwaardig is aan CPAP. Opnieuw een pos. MRA studie. (Promotie 14 maart 2007 Groningen)
- Tong-anker behandeling bij OSAS. Prof. Johan Verbraecken. Antwerpen. Een opmerkelijk lopend pilot onderzoek te Antwerpen. Waarbij de tong verstelbaar naar voren gehouden kan worden.
- OSAS richtlijn Highlights. Enschede. Michiel Eijsvogel. De nieuwe richtlijn werd nogmaals voor het voetlicht gebracht.
- OSAS richtlijn. Externe indicatoren. Michiel Eijsvogel. Het laatste concept werd besproken.
- Poly(somno)grafie sensors en scoring volgens de AASM. Heeze. Dirk Pevernagie. Na Rechtschaffen en Kales in de jaren 60 is dit de 1e grote wijziging op EEG terrein. Ook voor

het resp. deel zijn er belangrijke wijzigingen, welke niet allemaal op puur wetenschappelijke basis zijn gemaakt. Zowel op Europees als Nederlands (nieuwe OSAS richtlijn) niveau zijn deze AASM aanbevelingen op grond van eenduidigheid overgenomen. In detail nog een opmerking over de hypopneu definitie. Vanwege inmiddels gebleken hogere sensitiviteit gaat de voorkeur uit naar de alternatieve hypopneu definitie.: 50% ampl. daling+SO2 \geq 3% en/of EEG-arousal.

Genoemde pdf bij secretaris (m.eijsvogel@mst.nl) te verkrijgen

Concept nieuwe OSAS richtlijn pdf
of bij www.cbo.nl; www.nvalt.nl

Concept Externe indicatoren pdf
of binnenkort op NVALT-site

Advies Rijgeschiktheid OSAS pdf
of bij www.cbr.nl/brochure.pp?id=71
(of www.ccv-examenhuis.nl/brochure/Regeling%20eisen%20geschiktheid%202000%20versie%20dec2008.pdf)

AASM sensors en scorings regels pdf
of bij www.aasmnet.org/store/

Werkgroepen Oncologie en Endoscopie (WON/WES) Jaarverslag 2008

Prof. Dr. HJM Groen	voorzitter WON
Dr. JJ Janssen	scheidend voorzitter WES
Dr. PWA. Kunst	voorzitter WES
Dr. FMNH Schramel	secretaris WON/WES

In het jaar 2008 zijn er vergaderingen geweest van de WON d.d. 24 april en d.d. 4 november gecombineerd met de WES.

In dit jaar legde de voorzitter, Julius Janssen zijn voorzitterschap neer. Uiteraard is de WES veel dank verschuldigd aan Julius Janssen voor zijn jarenlange inzet voor de WES. Tijdens zijn voorzitterschap heeft de endoscopie in Nederland weer een nieuwe impuls gekregen. Enkele kandidaten hebben zich aangemeld voor de opvolging het voorzitterschap. Onder de leden van de WES/WON werd een verkiezing gehouden via de website van de NVALT. Peter Kunst werd gekozen tot voorzitter van de WES. Vervolgens werd in deze vergadering door Thomas Sutedja en Peter Kunst de multicenter trial besproken "Randomised close surveillance strategy of COPD GOLD II or worse". In deze studie wordt bestudeerd of het mogelijk is de mortaliteit tgv longanker bij patiënten met COPD te verlagen met frequente follow-up middels oa met autofluorescentie bronchoscopie, PET en CT. Thomas Sutedja hield nog een vurig pleidooi voor structurele training van bronchoscopie in Nederland. Het bestuur van de WES zal dit verder oppakken en bezien of dit kan worden ingepast in de opleiding van de AIOS.

De WON heeft participatie gehad in de ontwikkeling van diverse richtlijnen, zoals de richtlijn behoud ovarieële functie, hersenmetastasen en heeft een bijdrage geleverd aan het zorgboek Longkanker.

In de twee vergaderingen werd uiteraard stil gestaan bij de voortgang van de verschillende NVALT studies. In 2008 werden de NVALT 3 (fase III studie betreffende palliatieve chemotherapie bij de oudere patiënt met stadium IIIB/IV NSCLC) en 4 (gerandomiseerde studie van carboplatin/docetaxel al of niet met celecoxib bij stadium IIIB/IV NSCLC) afgesloten. De resultaten van de NVALT 6 (fase II studie naar de effectiviteit van carboplatin/docetaxel met gelijktijdige radiotherapie eventueel gevolgd door chirurgie bij patiënten met stadium III NSCLC) en 7 (gerandomiseerde studie van pemetrexed versus cisplatina/pemetrexed als tweede lijns therapie bij NSCLC) werden gepubliceerd in abstract vorm. Patiënten worden gestaag geïncludeerd in de NVALT 5 (fase III studie van thalidomide of best supportieve care bij patiënten zonder tumorprogressie van een maligne mesotheliom die behandeld werden met pemetrexed met of zonder platina), NVALT-8 (fase III studie van adjuvante chemotherapie of laag moleculaire heparine bij patiënten met een geopereerd NSCLC gestratificeerd op basis van SUV op de PET scan) en NVALT-9 (effectiviteit van ibandronate als pijnstiller bij patiënten met botmetastasen van NSCLC). Eind 2008 werd de NVALT-11 studie actief die de effectiviteit bestudeert van profylactische schedelbestraling bij stadium III NSCLC die behandeld worden met combined modality treatment. Het design van de NVALT-10 studie werd besproken. In deze studie zal worden gerandomiseerd tussen erlotinib en erlotinib met pemetrexed bij patiënten met adenocarcinoom die in de tweede lijn worden behandeld, en tussen erlotinib en docetaxel bij patiënten met een plaveiselcelcarcinoom die eveneens in de tweede lijn worden behandeld.

Franz Schramel doet verslag van enkele bijeenkomsten met de IGZ betreffende discussie over het rapport Ketenzorg in de Oncologie dat zal gaan verschijnen naar aanleiding van het onderzoek dat door de IGZ werd gedaan. In dit rapport staan een serie van kritiekpunten vermeld betreffende de ketenzorg. De WON zal een actieve rol gaan spelen om op een adequate manier hierop te kunnen reageren.

Door Erik Thunnissen, patholoog VUMC wordt een voordracht gehouden tav biologische markers en longkanker. In enkele ziekenhuizen in Nederland is thans moleculaire diagnostiek mogelijk zoals de bepaling van de K-ras en EGFR mutaties. Jacques Burgers licht de problematiek toe met de ziektekostenverzekeraars t.a.v. het gebruik van de pleurx catheter bij patiënten met maligne pleuravocht. Het onderwerp fondswerving ter financiering van de NVALT studies wordt door Annemarie Dingemans voor het voetlicht gehaald.

Werkgroep longfunctie (WLF) Jaarverslag 2008

dr. J.G. van den Aardweg voorzitter
dr.ir. F.H.C. de Jongh secretaris

De werkgroep longfunctie is in 2008 twee maal bijeen geweest in Utrecht. De bijeenkomsten zijn standaard op de eerste woensdag van maart en van oktober, van 15.00-18.00 uur. Elke vergadering omvat drie componenten: 1) presentatie van wetenschappelijk onderzoek op longfysiologisch gebied 2) bespreking van beleidsmatige en algemene vragen ten aanzien van het longfunctielaboratorium en 3) bespreking van klinisch-fysiologische problematiek. De werkgroep beoogt een forum te zijn op deze drie gebieden.

In maart besprak Misha Aussems van het AZM over "vaststellen van hyperinflatie"

en ging het tweede verhaal door Patrick Jak van de VU over de vroegdetectie van bronchiolitis obliterans na allogene beenmergtransplantatie. Verder werd uitgebreid ingegaan op twee casussen door Jan van der Maten en Joost van den Aardweg. In oktober sprak Ivo van der Lee (Spaarne Ziekenhuis) of NO kan worden gebruikt bij astma diagnostiek in de klinische praktijk. Jan Stolk verhaalde over "A syringe simulation of biological controls for quality assessment of prospective lung volume measurements" en bij de huishoudelijk vergadering gaf Yvonne Heijdra de uitleg over CASPIR: een scholingsprogramma voor spirometrie voor huisartspraktijken ontwikkeld door de o.a. de CAHAG, de NVALT en de NVLA. Vanwege het succes van de cursus "Ergometrie voor de longarts" in 2006 en 2007 werd deze cursus weer gegeven in Amsterdam. Door A. Boonstra, A. Vonk Noordegraaf en het secretariaat van de NVALT werd deze cursus wederom een volgeboekt succes. De combinatie van een korte theoretische inleiding gevolgd door uitgebreide beoordeling van ergometrisch onderzoek door de deelnemers zelf bleek wederom goed aan te slaan. Geprolongerd in 2009.

Tenslotte valt te melden dat bij de bijeenkomsten van onze werkgroep tegenwoordig ook (bestuurs) leden van de NVLA en sBLA uitgenodigd en aanwezig zijn wat tot een grotere integratie leidt van alle mensen die in Nederland professioneel geïnteresseerd en werkzaam zijn op longfunctie gebied.

Werkgroep Mesotheliomen (WMT) Jaarverslag 2008

J.A. Burgers Voorzitter
N.J.J. Schlösser Secretaris-penningmeester

De werkgroep kan terugzien op een productief jaar. Op verschillende gebieden zijn vorderingen gemaakt.

Instituut Asbestslachtoffers:

- De beoordelingen van de casus voor het IAS door wie een vergoeding was aangevraagd maar geen pathologische bevestiging van de diagnose mesotheliom was verkregen verloopt als vanouds naar wens.
- De werkgroep gaat meedoen aan 2 systematische reviews, een naar de waarde van biomarkers bij het mesotheliom en een naar de invloed van asbestexpositie op de kans op het ontwikkelen van een longcarcinoom. Dit onderzoek wordt primair uitgevoerd door het Juliuscentrum, een epidemiologisch centrum in Utrecht, in opdracht van het IAS.

Studies:

- De NVALT 5 studie (P. Baas) blijft gestaag rekruteren. Momenteel zijn meer dan 180 van de beoogde 230 mesotheliompatiënten gerandomiseerd na hun 1ste lijns chemotherapie tussen onderhoudsbehandeling met thalidomide of de standaard follow-up. Met nu ook actieve accrual in Australië hopen we de inclusie dit jaar te kunnen sluiten.
- Een van de nieuwe studies voor de eerstelijns behandeling van het mesotheliom, waarbij axitinib aan de standaardbehandeling met platinum en pemetrexed wordt toegevoegd staat nu op het punt om geactiveerd te worden (P. Baas).

Congressen en presentaties:

- Met medewerking van de werkgroep is in september het congres van de IMIG (International Mesothelioma Interest Group) gehouden. Met meer dan 300 deelnemers van over de hele wereld was dit congres een groot succes. Abstract-boeken zijn nog verkrijgbaar (om niet) bij de werkgroep.
- Werkgroepleden hebben in hun functie als werkgroep lid presentaties gegeven bij de patiëntenvereniging en op een congres georganiseerd door de FNV over asbest-gerelateerde aandoeningen.

Richtlijn:

- Het afgelopen jaar is niet actief aan de richtlijn gewerkt in de afwachting van de Europese richtlijn.

Werkgroep Pulmonale Hypertensie (WPH) Jaarverslag 2008

Samenstelling:

A. Boonstra Voorzitter
R.E. Snijder Secretaris

In 2008 kwam de WPH wederom bijeen op iedere derde woensdag van de oneven maand. In elke vergadering was er een algemeen deel met daarnaast casuïstiek besprekingen. De bespreking van casuïstiek, ingebracht door de leden, is zeer leerzaam en informatief vooral door het multidisciplinaire karakter van de WPH. Longartsen, cardiologen, kindercardiologen, reumatologen, internisten en klinisch-immunologen geven hun visie op het probleem waardoor er vaak een zeer interessante en levendige discussie ontstaat en een advies op maat kan worden gegeven dat de presentator verder helpt. Zo passeerde er een patiënte met diabetes mellitus, systemische hypertensie en bij catheterisatie pulmonale hypertensie met een normale wedge druk en een patiënt met pulmonale hypertensie en een ventrikulo-atriale drain en longembolieën.

Studies waaraan wordt deelgenomen betreffende nieuwe medicamenten of nieuwe toedieningsvormen voor de behandeling van pulmonale arteriële hypertensie (PAH) kwamen ruim aan bod. Zo werd gesproken over studies met Remodulin oraal, Terguride oraal, vernevelingen met V.I.P en Fausidil. Van de Toorn introduceerde een voorstel voor onderzoek naar longfibrose (IPF) geassocieerde pulmonale hypertensie. Er werd uitvoerig gediscussieerd of er wel betrouwbare studies konden worden gedaan met de rijkelijk gevulde Trax-database als bron, aangezien de opzet van de database bijwerkingen registratie van bosentan was.

Er werd in 2008 opnieuw hard gewerkt aan het eigen symposium van de werkgroep: het Wagenvoort Colloquium. Er werd gekozen voor een programma waarin niet zo zeer de breedte als wel de diepte van de PH materie wordt belicht. In 2007 vond het Wagenvoort Colloquium plaats in december, gezien de symposia kalender van de verschillende specialismen werd besloten het colloquium niet in december 2008 maar in het voorjaar van 2009 te laten plaatsvinden.

Voordrachten door de WPH leden betroffen in 2008:

- Plasmaferese bij sclerodermie,
- Cetuximab (Erbix) voor sclerodermie geassocieerde PAH,
- Fysiotherapeutische training bij PAH,

- Imatinib (Glivec) bij sclerodermie
- De medicamenteuze behandeling van PH bij IPF

In januari was er een clinico-pathologische conferentie waarop met pathologen en de WPH enkele patiënten werden besproken. In toenemende mate wordt de mening van de werkgroep gevraagd door instanties als CVZ, LABAG en de Zorgverzekeraars. Dit heeft geleid tot discussies met deze instanties waardoor behandelperkingen van PAH kon worden voorkomen. Met name de combinatiebehandeling bleef hierdoor mogelijk.

De centra in Nederland die PAH behandelen worden in toenemende mate geconfronteerd met hoge, vooral patiëntgebonden kosten bij opname. De huidige DBC is hiervoor niet kostendekkend. In 2008 werd een start gemaakt met het in kaart brengen van de werkelijke kosten van een PAH patiënt, met als doel de discussie aan te kunnen gaan om tot een meer kostendekkende DBC te komen.

In oktober 2008 bestond de WPH 5 jaar. Het eerste lustrum werd gevierd in de vergadering van september met een extra kopje thee en een toespraak van de voorzitter waarin de bereikte resultaten de revue passeerde. In september 2008 vond een voorzitterswisseling plaats, Anco Boonstra volgde Anton Vonk Noordegraaf op.

Repke Snijder, secretaris WPH

Werkgroep Tabaksverslaving (WTV) Jaarverslag 2008

Samenstelling:

P.I. van Spiegel voorzitter
P. Eppinga secretaris
P.C. Dekker voorzitters
W. de Kanter – Koppenol
E. Lammers
T. Macken
N.J.J. Schlösser
Dr. G. Wesseling

In het jaar 2008 is de Commissie Anti-Rookbeleid, CAR, tweemaal bijeengekomen. De eerste vergadering was in wezen de laatste van deze commissie. De tweede had tot doel de activiteiten naadloos over te laten gaan in de pas opgerichte Werkgroep Tabaksverslaving, WTV.

Mw. F. van Bladeren, en mw. D. Segaar, beiden vertegenwoordiger van STIVORO, namen in 2008 deel aan activiteiten van de CAR. Dhr. G. Peeters, longverpleegkundige, nam als vertegenwoordiger van de V&VN Longverpleegkundigen eveneens deel aan de vergaderingen van de CAR. Zo is de CAR een breed samengestelde multidisciplinaire werkgroep. Zij blijven betrokken bij de activiteiten van de werkgroep Tabaksverslaving, waarmee deze werkgroep een multidisciplinair karakter heeft.

Tijdens de huishoudelijke vergadering van de NVALT op 21 april 2008 werden de statuten van de Werkgroep Tabaksverslaving goedgekeurd en werd daarmee de CAR opgeheven. De eerste vergadering heeft plaatsgevonden in het voorjaar van het jaar 2009. De activiteiten van de werkgroep zullen breder van opzet zijn dan alleen het antirookbeleid.

In samenhang met meerdere maatregelen van de overheid op het gebied van de tabaksverslaving, de grotere belangstelling onder longartsen voor het begeleiden van mensen bij het stoppen met

roken, de oprichting van verschillende poliklinische voorzieningen om te stoppen met roken en de toegenomen aandacht voor wetenschappelijk onderzoek over verschillende aspecten van de tabaksverslaving wil de werkgroep meer longartsen in Nederland bij deze activiteiten betrekken.

Gelukkig zijn er in het jaar 2008 verschillende positieve ontwikkelingen geweest. In het kader van goede scholing aan o.a. longartsen op het gebied van tabaksverslaving heeft de CAR/WTV intensief samengewerkt met STIVORO bij het ontwikkelen van e-learning. Het ligt in de lijn der verwachting dat deze vorm van geaccrediteerd onderwijs toegepast kan worden in 2009, met o.a. een koppeling op de website van de NVALT.

Vertegenwoordigers van de CAR/WTV hebben deelgenomen aan meerdere landelijke activiteiten die betrekking hebben op tabaksverslaving. Leden van de CAR/WTV zijn actief betrokken bij het vernieuwen en verbeteren van de CBO-richtlijn Tabaksverslaving. Er is meegewerkt aan het verbeteren en vernieuwen van de. Verder werd deelgenomen aan meerdere bijeenkomsten van het Partnership stop met roken. Dit is een samenwerkings-

verband van meer dan twintig publieke- en private organisaties, gezondheidsfondsen en professionele organisaties, waardoor een concentratie van expertise op het gebied van de tabaksverslaving wordt gerealiseerd. In dit kader is onder meer publicitair meerdere malen gepleit voor het volledig rookvrij maken van de horeca.

Na lang wachten heeft het ministerie van VWS ingestemd met het toekennen van een DBC-tarief aan activiteiten op een polikliniek stoppen-met-roken. Hiermee wordt het voor meer ziekenhuizen mogelijk deze vorm van behandeling aan verschillende categorieën patiënten aan te bieden.

De werkgroep is van plan in het jaar 2009 een bijeenkomst te organiseren voor alle disciplines die betrokken zijn bij de poliklinieken stoppen-met-roken in Nederland. Vrijwel altijd is daarbij een longarts betrokken. Naast scholing over tabaksverslaving is het dan de bedoeling ervaringen uit te wisselen en zo mogelijk ook van elkaar te vernemen welke stoppercentages worden bereikt bij verschillende vormen van interventies.

De commissie richtlijnen van de NVALT

veranderende tijden

In het kader van mijn pensionering per 1 mei 2009 ligt het voor de hand het voorzitterschap van de Commissie Richtlijnen Longziekten (CRL), dat ik gedurende een aantal jaren heb mogen vervullen over te dragen aan de jongere garde. Het vormt een geschikt moment voor een terugblik op een periode die, wat betreft het ontwikkelen en actualiseren van de eigen NVALT-richtlijnen, alsmede het autoriseren van door andere instanties aangeboden werk, interessant en af en toe hectisch is geweest. De NVALT behoorde binnen de wetenschappelijke verenigingen tot de koplopers, waar het gaat om het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen voor de in de praktijk werkende specialist.

Richard Dekhuijzen en Frank van den Elshout behoorden samen met andere collegae tot de initiatiefnemers en onder hun bezielende leiding is veel goeds tot stand gekomen. Ondanks het feit dat in aanvang nog niet iedereen, die werd gevraagd om in een richtlijnsgroep te participeren, op de hoogte was van de spelregels, die bij het uitvoeren van dergelijk projecten gebruikelijk zijn, werd in korte tijd een aantal zeer bruikbare en op de praktijk toegesneden richtlijnen ontwikkeld. Deze zijn inmiddels aan revisie toe dan wel reeds geactualiseerd. In de loop der tijd werd het usance collegae, die zich beschikbaar stelden voor deelname aan een werkgroep, te scholen in het verzamelen van de juiste gegevens en het correct weergeven van het wetenschappelijk materiaal, alsmede het op uniforme wijze vermelden van de levels of evidence. Dit geschiedde met hulp van het CBO, dat speciaal voor dit doel een AGREE-cursus ontwikkelde, waarin men als het ware "een richtlijn voor het ontwikkelen van een richtlijn" kreeg aangeboden. Een aantal longartsen heeft in de afgelopen jaren deze cursus ten kantore van het CBO in Utrecht gevolgd en dit is naar mijn mening de kwaliteit van de richtlijnen ten goede gekomen.

Binnen de CRL is de afgelopen jaren met regelmaat gediscussieerd over de wijze waarop de commissie haar werkzaamheden zou moeten continueren. Daarbij kwam o.m. ter sprake dat in toenemende mate door andere wetenschappelijk verenigingen gevraagd wordt door hen opgestelde concepten te fiatteren, hetgeen met veel extra werk gepaard gaat. Voorts kwam naar voren, dat het wellicht verstandig zou zijn meer aandacht te besteden aan implementatie van de bestaande richtlijnen dan aan het ontwikkelen van nieuwe. We hebben getracht hierin een goede balans te vinden en ik denk, dat we daarin redelijk zijn geslaagd. Inmiddels staan zeven werkgroepen in de startblokken om over diverse onderwerpen een nieuwe richtlijn te concipiëren en wordt binnen het NVALT bestuur en de CRL nagedacht hoe om te gaan met de zeer stringente financieringsregels, die ons thans vanuit de overheid via de Orde van Medisch Specialisten worden opgelegd.

Een zorgelijke ontwikkeling is de wijze, waarop met name externe partijen menen dat richtlijnen gehanteerd moeten worden. Een richtlijn is geen kookboek voor goede geneeskunst, daarvoor komt veel meer kijken en u zult dat volmondig beamen. Het dogmatisch hanteren van richtlijnen voor bij voorbeeld de "gemiddelde" patiënt met astma of COPD is volstrekt onrealistisch, alleen al omdat de studies, waarop deze richtlijnen zijn gebaseerd, zijn uitgevoerd bij zeer selecte patiëntengroepen. De "externe validiteit" van deze studies varieert in diverse publicaties van 5 tot 17%, hetgeen in feite betekent dat de desbetreffende richtlijn slechts voor een kleine subgroep van onze patiënten met deze aandoeningen van toepassing is. Een lezenswaardig artikel over deze problematiek verscheen recent in Medisch Contact (24 oktober 2008) van de hand van collega Smulders, hoogleraar Inwendige Geneeskunde aan de VU in Amsterdam, die ook in zijn inaugurele rede aandacht

aan dit onderwerp besteedde. Bij het formuleren van de tekst in richtlijnen zullen de auteurs in toenemende mate gedwongen worden zich vrijblijvend uit te laten over de wijze, waarop adviezen m.b.t. diagnostiek en behandeling dienen te worden opgevolgd. Mede om deze reden hebben wij al in een vroeg stadium een longarts-jurist in de CRL opgenomen, aanvankelijk Jan van Kasteren, thans Rik van Klink (what's in a name?).

Langs deze weg wil ik mijn mede CRL-leden oprecht bedanken voor hun inzet en enthousiasme gedurende de vele telefonische vergaderingen en onze jaarlijks bijeenkomst in Utrecht. Zonder de anderen tekort te willen doen, is een speciaal woord van waardering en dank voor Hans Smit op zijn plaats. Gedurende mijn zittingstermijn heeft Hans ongelooflijk veel werk verricht en zonder hem zou deze functie voor mij een stuk lastiger zijn geweest. Hans, hulde en dank voor alle steun.

Folkert, jij zult nu de kar moeten gaan trekken in een periode, die er waarschijnlijk niet gemakkelijker op zal worden. Ik wens je met je nieuwe ploeg veel wijsheid toe en hoop dat je in staat zult zijn het werk binnen de CRL op een vruchtbare wijze met je dagelijkse praktijk te combineren. Mocht je me op enigerlei wijze nodig hebben, dan weet je me te vinden.

Bert Roldaan, oud voorzitter van de commissie richtlijnen

Bedankt Bert. Het is voor mij een eer om het stokje van je over te mogen nemen. Samen met de andere leden heb ik, als nieuwe voorzitter, de taak om de commissie door de volgende jaren heen te loodsen. De ontwikkelingen in de tijd leiden er toe dat het werk van de commissie verandert. Op diverse punten zullen we de bakens moeten verzetten en dit maakt dat de toekomst een uitdagende ontdekkings-

reis wordt.

Sinds de oprichting van de commissie in 1998 zijn er vele richtlijnen vervaardigd. De richtlijnen 'diagnostiek en behandeling van OSAS bij volwassenen' en 'zuurstof thuis' waren de eerste twee in 2001. Vervolgens is vrijwel het gehele spectrum binnen de longgeneeskunde aan bod gekomen. Dit verdient een groot compliment. Er is nog steeds braakliggend terrein en nieuwe richtlijnen zullen blijven komen. Echter, veel meer dan voorheen zal de nadruk komen te liggen op de implementatie en het actueel houden van bestaande richtlijnen. Het zal van de commissie een andere aanpak en tijdsbesteding vereisen. Het zal ook in de praktijk niet onopgemerkt blijven. Tijdens kwaliteitsvisitaties zal een toenemend aantal richtlijnen aan bod komen. Eén en ander vraagt om een naadloze afstemming met de commissie visitatie longziekten. Het is in dit kader een goede ontwikkeling dat ons bestuur Christian Melissant bereid heeft gevonden om de overkoepelende portefeuille kwaliteit te gaan beheren. Er zal periodiek overleg plaatsvinden met hem en de collega's van de commissie visitatie longziekten. Het ontwikkelen van een richtlijn is een intensieve en tijdrovende klus. Sinds 2007 verlangt de Orde van Medisch Specialisten

via het orgaan 'Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)' dat er een nauwkeurige kostenraming wordt gemaakt, voorafgaand aan een te ontwikkelen richtlijn. Daarbij wordt een zo concreet mogelijk tijdspad gevraagd. De werkzaamheden voor het ontwikkelen van een richtlijn strijken zich dikwijls over meerdere jaren uit, waardoor de inschatting vooraf de nodige aannames zal bevatten. De tijd zal leren hoe stringent er vanuit de SKMS mee zal worden omgegaan. Het is in ieder geval, nog meer dan voorheen, zaak om tijd en kosten zo strak mogelijk te bewaken. Binnen de commissie zal er een aparte functie worden gecreëerd om deze portefeuille te bewaken.

De mate waarin ons dagelijks handelen wordt bepaald door onze richtlijnen, is afhankelijk van vele externe factoren. Deze factoren kunnen liggen op het transmurale, politieke, verzekeringstechnische of regionale vlak. De richtlijn ketenzorg COPD is zo'n voorbeeld, waarbij de uitvoering beïnvloed wordt door meerdere krachtenvelden. Bij nieuw te ontwikkelen richtlijnen in de toekomst, zou wellicht de nadruk meer moeten liggen op de onderwerpen, die in een directe praktische behoefte voorzien. De signalen uit het land zijn hiervoor essentieel. Een richtlijn die

niet wordt toegepast is immers zinloos.

Naast de ontwikkelingen, die tot nu toe zijn belicht, zijn er nog meer veranderingen denkbaar. Te denken valt aan de zich uitbreidende rol van het CBO, toenemende aandacht voor patiëntveiligheid en de toename van specialisme overstijgende richtlijnen.

Tot zover enkele gedachten van een vertrekkend en een kersverse voorzitter. Ongetwijfeld komen er nog meer ontwikkelingen op ons pad die nieuwe inzichten vragen. Belangrijker is het dat het werk van de commissie richtlijnen aansluit bij de behoefte van de leden van de NVALT. Het is vooral daarom dat we op de eerst volgende vergadering graag met u van gedachten willen wisselen over de plaats van de commissie richtlijnen in de toekomst. Genoemde ontwikkelingen zullen ook dan aan bod komen. Graag nodigen wij u uit om alvast na te denken over een actieve bijdrage in deze discussie. De richtlijnen zijn per slot van rekening essentieel voor de kwaliteit van een prachtig vak!

Folkert Brijker, huidig voorzitter van de commissie richtlijnen,

september 2009

Vooraankondiging VvAwT

Vooraankondiging studiedagen Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding (VvAwT)

Data

15 en 16 januari 2010

Locatie

Conferentiecentrum Drakenburg Baarn

Onderwerpen

- Diagnostiek LTBI
- Voeding en tuberculose
- Casuïstiek

NVALT assistentendag 2009

De wegen van onze feestcommissie zijn intrigerend en ondoorgrondelijk. Vond de vorige assistentendag plaats in metropool Rotterdam, dit jaar spoelden wij aan in gehuchtje Noordwijk aan Zee. Hier begon de NVALT assistentendag van 2009, op 6 september om tien uur in de ochtend, met de jaarlijkse ledenvergadering.

Allereerst stelden de nieuwe leden zich voor (zie hieronder voor de huidige samenstelling van het assistentenbestuur). Daarna werden de AIOS geïnformeerd over de belangrijkste actiepunten voor het komende jaar. Het gaat met name om de volgende zaken:

- *Concilium*: Behalve deelname aan de visitaties, zal de commissie concilium komend jaar actief meedenken over de implementatie van het nieuwe opleidingsplan, en over de verplichtstelling van uitwisselstages.
- *Website*: Er wordt achter de schermen gewerkt aan een vernieuwde NVALT website, waaraan we actief deelnemen. Met deze site willen we de AIOS beter bereiken, en de beginnende AIOS sneller wegwijs maken.
- *School voor longziekten*: Dit zal voor de AIOS een belangrijk orgaan worden. Er zijn namelijk plannen om deze commissie een paraplu-functie te geven voor alle belangrijke opleidingsactiviteiten. De sectie assistenten wil in deze reorganisatie een belangrijke rol spelen.
- *Richtlijnen*: Het AIOS-bestuur heeft ook afgevaardigden in de commissie richtlijnen. Binnenkort zal de richtlijn rhinosinusitis uitkomen.
- *ICT*: Deze commissie zal helpen met de technische kant van de ontwikkeling van de vernieuwde site. Als AIOS-bestuur hechten we grote waarde aan de internetactiviteiten van de NVALT, en aan het ontwikkelen van e-learning-modules.
- *Cursorisch onderwijs*: Het is op dit moment moeilijk om het landelijk onderwijs op een goed (dat wil zeggen, niet te laat) moment in de opleiding te volgen. De commissie cursorisch onderwijs probeert zo snel mogelijk oplossingen aan te dragen voor dit probleem.



De vergadering diende ook als afscheid van onze voorzitter Idris Bahce. Zijn waardige opvolger, Sander de Hosson, bejubelde in zijn 'maiden speech' de niet te temmen inzet van Idris. Onder zijn leiding werd het assistentenbestuur een orgaan waar een mens eigenlijk niet omheen kan. Ten tweede moesten wij afscheid nemen van Fatima El Ghani, enthousiast lid van de commissies cursorisch onderwijs en assistentendag. Het is toch een onhebbelijke gewoonte van bestuursleden, om op een gegeven moment maar longarts te worden en te vertrekken. Fatima en Idris kregen applaus, en zullen gemist worden.

Tijdens het begin van de vergadering leek het erop dat er meer bestuursleden waren, dan AIOS in de zaal, maar gelukkig kwam dit goed. Tegen de tijd dat Bert Baas, longarts in Tiel, begon te spreken over palliatieve zorg, was de zaal naar behoren gevuld. Hij hield een inspirerend betoog, dat ons opriep om met een andere blik dan we gewend zijn, naar terminale patiënten te kijken. Door onder andere

prikkelende vragen te stellen over dood en over pijn, hing de zaal aan zijn lippen.

Het tweede wetenschappelijke gedeelte was een heldere uitleg door bestuurslid Annemiek Braam over het nieuwe opleidingsplan. Er is onder de meeste AIOS nog onvoldoende kennis over het CanMeds systeem en over de verschillende beoordelingsformulieren. Duidelijk werd uit de reacties uit de zaal, dat men gemotiveerd is om met het nieuwe systeem te gaan werken.

Na de lunch ging, niet onlogisch, het middagprogramma van start. Het zeeschuim waaide inmiddels over de Noordwijkse boulevard, waardoor het geplande kite-surfen en raften te gevaarlijk werd geacht. In plaats daarvan bezochten wij het Boerhaavemuseum in Leiden, waar het zonnetje overigens doodleuk scheen en geen wind leek te bestaan.

Na een aangename middag in het Leidse te hebben doorgebracht, keerden wij terug naar Noordwijk aan Zee, hetgeen

inmiddels al enigszins als thuis komen voelde. Tijdens de barbecue aan de boulevard werd teruggeblikt op een goede assistentendag. Het ontmoeten van AIOS uit andere windstreken is inspirerend, blikverruimend en deksels gezellig. Op welke onwaarschijnlijke uithoek de feestcommissie volgend jaar haar oog ook laat vallen, het zal de moeite waard zijn.

Assistentenbestuur per ingang van september 2009

Voorzitter: *Sander de Hosson (Groningen)*
Secretaris: *Dewi Tjong (Alkmaar)*

Penningmeester: *Barbara Knipscheer (Nieuwegein)*

School voor longziekten: *Marieke van Harskamp (Leeuwarden), Guido Epping (Enschede)*

Concilium: *Geert Rootmensen (Amsterdam), Guido Epping, Kris Mooren (Alkmaar)*

Richtlijnen: *Rein van Rijswijk (Den Bosch)*

Cursorisch onderwijs: *Dewi Tjong, Barbara Knipscheer*

Bronckhorst: *Robin Cornelissen (Rotterdam), Rein van Rijswijk*

ICT: *Robin Cornelissen*

Website: *Kris Mooren*

Assistentendag: *Barbara Knipscheer, Josje Altenburg (Alkmaar)*

LVAG: *Annemiek Braam*

Namens bovenstaanden,
Kris Mooren

Maat en Getal

Deze pen heb ik gekregen van Wiel de Lange. De boodschap was dat het uitdrukken in maat en getal van een pulmonale beperking aan mij is toevertrouwd. Het is inderdaad zo dat ik dat het mooiste deel van ons vak vind. Dat probeer ik ook altijd uit te leggen als ik jonge collega's voor de longziekten probeer te winnen.

Mijn voorgeschiedenis is zodanig dat ik aan een aantal specialisaties heb mogen ruiken. Het eerste jaar van mijn carrière was ik assistent chirurgie. Nu zijn in mijn beleving chirurgen vooral doeners. Klachten worden opgelost door het mes. Achteraf heeft het dan wel maar soms ook niet geholpen. De uitspraak van de opleider chirurgie in Venlo was steevast "van een snee in z'n buik is nog nooit iemand doodgegaan". Doelend op het feit dat je liever te vaak en mogelijk onterecht dan niet terwijl het wel had gemoeten geopereerd had. Ondertussen is er in de chirurgie wel wat veranderd. Meer diagnostische mogelijkheden, uitbreiding van indicaties voor specifieke onderzoeken en meer laparoscopische technieken hebben ook binnen de chirurgie geleid tot meer gericht handelen. Niet zo veel in maat en getal, maar wel gericht op genezing van de patiënt is de insteek van de chirurg.

Vervolgens begon ik met de opleiding interne geneeskunde. Een fantastisch vak, veel interessante puzzels, maar hoe objectiever je nu buikklachten of een chronische vermoeidheid?

Tijdens mijn stage longziekten werd mij de mogelijkheid geboden om onderzoek te gaan doen. Petra Vos maakte mij enthousiast voor het slaaponderzoek. Was er een relatie tussen de nachtelijke saturatie en ademhalingspierkracht bij COPD patiënten? Drie jaar lang drukte ik beperkingen uit in maat en getal. Ik vond onderzoek doen erg leuk en de basis voor mijn klinische fysiologische interesse was gelegd. Ik zou geen internist maar longarts worden.

Opgeleid in Nijmegen betekende een goede fysiologische basis. Met veel enthousi-

asme leerden we van Hans Folgering de beginselen van het longfunctie onderzoek en de fietsergometrie. Ook het buitenlandse avontuur bij Bart Celli droeg haar steentje bij. In Boston probeerden we in een longitudinaal onderzoek bij COPD patiënten, "gezonde rokers" en niet rokers longfunctie, ergometrie gegevens en tekenen van systemische inflammatie vast te leggen, te vergelijken en longitudinaal te vervolgen. Eenmaal terug in Nederland deed de zogenaamde "Wasserman cursus" in Maastricht de rest. Wasserman, ruim zeventig jaar oud, was er zelf om de cursisten de beginselen van de analyses van het fietsergometrisch onderzoek middels de zogenaamde 9-pannel plots duidelijk te maken.

Ondertussen hebben wij met de werkgroep longfunctie van onze beroepsvereniging de NVALT de jaarlijkse ergometrie cursus opgezet. We hadden ons tot doel gesteld dat we de longfunctie en met name het ergometrisch onderzoek tot gemeengoed in longartsen Nederland wilden verheffen. Ondertussen zijn er 4 cursussen geweest. In verband met de interactieve component worden er niet meer dan 40 deelnemers toegelaten. De cursus was steeds snel vol, hetgeen betekent dat ondertussen 160 longartsen of longartsen (i.o.) de cursus hebben gevolgd. Dat begint haar vruchten af te werpen. Als er op andere scholingsgelegenheden zoals de Nederlandse longartsendagen, de Bronkhorst of het assistenten onderwijs in workshops met ergometrieën wordt gewerkt zijn steeds meer longartsen daar bedreven in. Fantastisch om te zien.

Ondertussen beperken we ons niet meer tot ergometrisch onderzoek op de fiets. De komst van de mobiele oxycon heeft het mogelijk gemaakt om ook tijdens andere activiteiten de VO₂, VCO₂, VE, Hf, saturatie en afgeleide parameters te bepalen. Dit maakt het mogelijk om bijvoorbeeld in meer detail naar de oorzaak van dyspnoe te kunnen kijken tijdens bv activiteiten in het dagelijks leven. De oorzaak van dyspnoe, de belang-

rijkste klacht van de longpatiënt, is overigens nog omgeven met veel onzekerheden. Relaties met de FEV₁, IC en (dynamische) hyperinflatie zijn op z'n hoogst rond de 0.6. Objectieve markers die de ernst van de ziekte met betrekking tot de fysiologische belasting van het respiratoire systeem kunnen meten ontbreken echter. Een zeer recent artikel in de Eur Respir J van Jolley en Moxham et al (33:289-297) had als doel een toegenomen neurale drive bij COPD patiënten aan te tonen middels het aantonen van toegenomen EMG activiteit van het diafragma ten opzichte van gezonden. De EMG activiteit van het diafragma bij COPD patiënten bleek inderdaad drie maal hoger te zijn. De regressie coëfficiënten (r^2) tussen EMG activiteit van het diafragma en de FEV₁ (0.4) en de VC (0.6) waren hoog. Het voordeel van deze methode t.o.v. bv spirometrie is dat het ook een "breath by breath" maat is voor de belasting van het respiratoire systeem en dus ook geschikt is voor continue metingen. Voor onze patiënten is dan natuurlijk met name van belang wat de klinische vertaalslag zou kunnen zijn. Leiden behandelingen tot verminderde EMG activiteit en verminderde dyspnoe sensatie?

De toegepaste fysiologie, gemeten in de dagelijkse praktijk, staat nog in de kinderschoenen. Het voelt als een enorme uitdaging om daar de komende jaren mee aan de slag te gaan.

Ook voor patiënten op de intensive care die van de beademing af moeten komen is kennis over ademhalingspijpen en de relatie met vermoeibaarheid van groot belang. Wat doet beademing met meer of minder zuurstof of met meer of minder druk? Wat zijn de effecten van systemische inflammatie als gevolg van bv een sepsis op de ademhalingspijpen? Degene die daar met name onderzoek naar doet in Nederland is longarts-intensivist Leo Heunks. Aan hem wil ik de volgende PulmoPen overdragen

Yvonne Heijdra

“Respiration Day”

veranderende tijden

Op donderdag 28 mei verzamelde zich een twintigtal longartsen, alsmede twee assistenten in opleiding, op Schiphol om via Bologna naar Parma af te reizen, alwaar het inmiddels voor veel Europeanen traditioneel geworden jaarlijkse symposium longziekten van de Italiaanse firma Chiesi werd gehouden. Dit symposium, bekend onder de naam Respiration Day, was dit jaar voorzien van de titel “Management of patients with Asthma & COPD: Beyond FEV1”. Nu het voor velen gebruik is geworden de grote groep patiënten met heterogene obstructieve longaandoeningen wel erg simplistisch te stadiëren door uitsluitend gebruik te maken van de FEV1 na luchtwegverwijding als parameter, was deze aankondiging voor de praktisch werkende longartsen zonder meer uitnodigend. De geannonceerde reeks sprekers was dat evenzeer: wat dacht u van het rijtje Dario Olivieri, Peter Barnes, Leo Fabbri, Alvar Agusti, Paul O’Byrne, Thierry Troosters, Eric Hoffman, Monica Kraft, Nikos Siafakas en Klaus Rabe?

Aangezien de firma Chiesi in Nederland pas sinds korte tijd actief is op de pulmonale markt, bleken veel collegae niet of nauwelijks bekend met dit in 1935 in Parma opgerichte familiebedrijf, dat zich met producten in 50 verschillende landen heeft ontwikkeld tot een farmaceutische multinational. Het was daarom interessant op de dag voorafgaand aan het symposium een bezoek te brengen aan één van de drie productielocaties, alwaar onder meer inzicht werd verkregen in de achtergronden van de productie van de via de innovatieve Modulite technologie gefabriceerde disosaerosol. Met behulp van deze technologie wordt een goede distributie van de te inhaleren geneesmiddelen over de gehele luchtwegboom verkregen. Via een rondleiding werd inzicht verkregen in de immense logistiek, die nodig is om

conform de strenge Europese regelgeving dergelijke inhalatiegeneesmiddelen op de markt te brengen. Na een interessante middag was het tijd te ontspannen op één van de talloze terrasjes om nadien te genieten van een maaltijd met veel lokale gerechten.

“Respiration Day” werd daags hierna gehouden in het indrukwekkende Auditorium Paganini, een voormalige suikerfabriek uit 1899, tot congrescentrum omgebouwd onder leiding van de beroemde Italiaanse architect Renzo Piano. Gezien de hoge verwachtingen,



gewekt door bovengenoemde groep sprekers, viel het wetenschappelijk gedeelte mij in sommige voordrachten enigszins tegen. Een aantal presentaties was voor de gemiddelde Nederlandse longarts wel erg basaal en zeker minder diepgaand dan de plenaire voordrachten, pro-con discussies en workshops over obstructieve longaandoeningen, zoals die recent op de Nederlandse longartsendagen te volgen waren. Daartegenover stond een aantal prima bijdragen, zoals het overzicht over biomarkers in de pulmonologie van Agusti, een kijkje in de keuken van de beeldvorming bij astma en COPD door de Amerikaan Eric Hoffman en een interessante presentatie van Thierry Troosters over de discrepantie tussen sommige fysiologische parameters en “patient reported

outcomes”. Verreweg het meeste indruk echter maakte onze eigen Klaus Rabe, die een prachtig overzicht gaf van de boeiende relatie tussen met name COPD en een groot aantal andere chronische aandoeningen. Literatuur omtrent mogelijke verbanden tussen hart- en vaataandoeningen, diabetes mellitus en metabool syndroom, osteoporose, chronisch nierfalen, rheuma, inflammatoire darmaandoeningen en psoriasis enerzijds en chronisch obstructief longlijden anderzijds passeerde de revue en liet de luisteraar niet alleen met veel nieuwe informatie, maar vooral talloze prikkelende vragen achter.

Het ontrafelen van mogelijke onderliggende mechanismen en combinaties van risicofactoren zal ons de komende decennia waarschijnlijk in toenemende mate gaan bezighouden.

De dag werd afgesloten met een prachtige Italiaanse maaltijd in een dito restaurant. De locale wijn was dusdanig stevig, dat sommige deelnemers zichtbaar moeite hadden de terugreis de volgende dag zonder fysiek ongemak door te komen. Ook het feit dat half Italië zich om wat voor

redenen dan ook verzameld had op de autoweg tussen Parma en Bologna, waardoor we urenlang in de file stonden, was daar debet aan. Een in het hotel achtergelaten paspoort was de oorzaak van een lichte paniek op het vliegveld, vooral omdat de desbetreffende collega moest achterblijven en pas in de avond kon terugkeren naar Nederland. Uit betrouwbare bron echter hebben we vernomen dat zij daarin is geslaagd. De groep nam vermoeid, maar voldaan over een prachtige en leerzame trip afscheid op Schiphol met veel dank aan de medewerkers van Chiesi, die met succes alles in het werk hebben gesteld om het verblijf in Parma zo aangenaam mogelijk te maken.

Bert Roldaan

Chronisch hoesten

19 en 20 maart 2009 Topics Hoesten in Hull, Engeland

29

“Hoest al meer dan 8 weken, gaarne uw onderzoek”. Deze verwijzing kennen we allemaal wel. Zuchtend gaan we aan de slag met de anamnese. Jammer; deze huisarts heeft al een thoraxfoto gemaakt en inhalatiesteroiden en maagzuurremming op proef gegeven. Helaas allemaal zonder resultaat. Nu wordt het moeilijker voor de meesten van ons. Toch betreft het een zeer veel voorkomende klacht; 10-35% van de klachten op ons spreekuur. De patiënten ondervinden er veel hinder van. Bij vrouwen van middelbare leeftijd met chronische hoestklachten zou de kwaliteit van leven gelijk zijn aan die van een patiënt met ernstig COPD.

Dus gingen we met 9 longartsen onder de bezielende leiding van Jan Willem van de Berg, longarts te Zwolle naar Prof. Alyn Morice in het Castle Hill Hospital in Hull. Hij staat bekend als een van de grootste experts van Europa op het gebied van chronisch hoesten. Op een enthousiasmerende en inspirerende wijze gaf hij ons inzicht in de onderliggende hypothese en de behandeling van de tot dan toe onverklaarde hoest. Je kunt hoesten zien als symptoom van een onderliggende ziekte, maar er bestaat ook een nieuwe visie, namelijk één die hoest ziet als een uiting van een veranderde hoestreflex, zogenoemde intrinsic factor, met aggraverende factoren daarbij. Hoe groter de aggraverende of irriterende factor des te beter is de hoest te behandelen. Hieruit ontstaat het idee om voortaan te spreken van ‘Cough Hypersensitivity Syndrome caused by precipitants’.

Uit de lezingen werd al gauw duidelijk dat professor Morice chronisch hoesten zeer vaak kon herleiden tot refluxziekte. Daarbij gaf hij een uitgebreide onderbouwing voor zijn stellingen. Prof. Ian Pavord uit Leicester, die ook aanwezig was, deelde



deze mening niet altijd, wat aanleiding gaf tot interessante discussie. Ook was er veel ruimte voor een levendige interactie met ons longartsen uit Nederland.

Op dag twee namen we een kijkje in de “keuken” van Professor Morice en zijn staf. Zeer gastvrij werden we ontvangen en alle tests zijn door de verschillende medewerkers aan ons toegelicht.

Naast de voor ons bekende onderzoeken zoals NO-meting, sputuminductie en spirometrie, ook de zogenaamde ‘Hoestchallenge’ en ‘Heart Rate Response to Deep Breathing’. Nieuw voor de meesten van ons was het gebruik van de ‘Leicester Cough Questionnaire’ en de recent gevalideerde ‘Hull Reflux Cough Questionnaire’. Op de polikliniek kregen we zelfs de gelegenheid om zelf een consult bij een nieuwe patiënt

te doen. Deze patiënten waren soms ten einde raad, maar toch zeer bereidwillig om ons hun verhaal te vertellen en ons de kans te geven de zojuist geleerde technieken toe te passen.

De voordelen van de aanpak zoals we die in Hull gezien hebben, zijn dat de patiënten zich serieus genomen voelen, een structurele aanpak meer succes oplevert en dat je klachten kunt objectiveren met het gebruik van vragenlijsten.

Al met al buitengewoon leerzaam en interessant, een aanrader!

Renée van Snippenburg
Longarts Diakonessenhuis Utrecht/Zeist

Topics is een initiatief van GlaxoSmithKline

De primair spontane pneumothorax, een angstaanjagende ziekte?

Ervaringen voortkomend uit de ontwikkeling van www.kiesbeter.nl

Achtergrond

In het kader van de ontwikkeling van de door het ministerie van VWS ondersteunde website www.kiesbeter.nl, heeft de longstichting een eerste longaandoening voor de patiënt beschreven. Het doel van de site is patiënten laagdrempelig keuzemogelijkheden voor behandeling van diverse ziektebeelden te geven. Wij kozen voor de aandoening spontane pneumothorax, omdat hier een duidelijk en uit te leggen keuze gemaakt dient te worden, namelijk: willen we een recidief voorkomen of niet.

De primair spontane pneumothorax en www.kiesbeter.nl

Door middel van het aanbieden van informatie, in een voor de patiënt begrijpelijke taal, wordt getracht de keuzemogelijkheden van patiënten te stimuleren. Patiënten kunnen voor de definitieve behandeling inloggen op de site en de mogelijkheden met de behandelend arts bespreken.

Bij het schrijven van de medische informatie voor de website volstaat de "dokterstaal" vaak niet, zelfs al denkt de arts in lektaal de patiënt te informeren. Bij het astmafonds zijn derhalve gespecialiseerde vertalers werkzaam die de tekst naar een breder publiek vormgeven. Een voorbeeld is dat patiënten een percentage vaak niet juist kunnen interpreteren. Een rij witte of zwarte poppetjes als uitbeelding van een percentage daarentegen wel. Zo zegt 30% niet veel, maar een op de drie al bedui-

dend meer. Om het gevormde document te toetsen wordt een spiegelbijeenkomst georganiseerd om te horen hoe de patiënt de ziekte en de behandelingen ervaart.

Tien patiënten met een klaplong

De reeds gehouden spiegelbijeenkomst werd georganiseerd door een niet-medicus. Deze vroeg uit vier verschillende ziekenhuizen enkele patiënten. Twee ziekenhuizen hadden de gewoonte de patiënten bij de eerste pneumothorax thoracoscopisch te talkeren en twee ziekenhuizen behandelden deze toen nog alleen met drainage (wat nu een aspiratie van lucht zou kunnen zijn). De patiënten waren zeer tevreden over de behandeling en de artsen, maar daarnaast waren er opvallende bevindingen.

De opvallende bevindingen

Ten eerste hadden de patiënten weliswaar behoefte aan uitleg, maar geen behoefte aan keuze. "De arts weet het tenslotte goed en men wil graag vertrouwen in de arts hebben". Hoewel dit voor ons geen grote verrassing was, vinden we de stelligheid van deze patiënten toch opvallend. Ten tweede hebben 7 van de 10 patiënten vele jaren nadien nog een grote angst gehad voor een recidief. Bij 3 patiënten heeft dit geleid tot een passief leven, zonder veel fysieke activiteiten, ondanks dat de arts benadrukt had dat er geen relatie bestaat tussen inspanning c.q. sport en

een recidief pneumothorax. De bezorgdheid bleek reeds aanwezig bij het horen van het recidiefpercentage van 30% (tot 54%), maar het was opvallend dat 9 van de 10 patiënten echt schrokken dat dit 3 van de 10 patiënten betekende. De visualisatie van een percentage bleek dus inderdaad veel indrukwekkender dan het percentage alleen.

Conclusie

Het is goed dat patiënten kunnen kiezen, maar de arts dient het voortouw te nemen in de keuze van een behandeling, als de patiënt dit wil. Er bestaat een grote angst voor een recidief pneumothorax in deze beperkte groep patiënten. Bij de voorlichting en met name bij de nabehandeling dient hier meer rekening te worden gehouden. We stellen voor om dit in een patiëntenfolder in het ziekenhuis te verwerken, aan de patiënt mee te geven en hierop actief terug te komen in een nagesprek.

15-07-2009

Hans JM Smit, longarts
Annemiek WE Braam, longarts in opleiding

Alysis zorggroep, lokatie ~Rijnstate
Arnhem

Correspondentie: HSmit@Alysis.nl

Het gebruik van diagnostische monitoren door longartsen

Th Macken, Longarts
Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch
Lid van de Commissie Kwaliteitsvisitatie
NVALT

De digitalisering van beeldvorming (meestal PACS genoemd: Pixel Archiving and Communication System) heeft meer kwaliteit en veel praktisch voordeel gebracht voor de radioloog, en voor ons als gebruiker. Waar we vroeger te maken hadden met een unieke kopie van een onderzoek, zijn de beelden nu op elk werkstation op te roepen, en meestal ook thuis via een beveiligde VPN verbinding (Virtual Private Network).

Dit betekent dat de kwaliteit van de beelden afhankelijk is van het werkstation waar deze bekeken worden. De radioloog kan het verslag dus baseren op een andere beeldkwaliteit of beeldgrootte dan de longarts. Meer nog, de radioloog kan vaak ook beelden zien die niet via het PACS worden doorgegeven (denk hierbij aan een aantal sneden bij CT-angiografie, of aan digitale 2D of 3D reconstructies).

Er ontstaat dus een verschil in **inzage en kwaliteit van de primaire brongegevens**.

Daarnaast wil de longarts niet enkel het radiologisch verslag lezen van thoracale beeldvorming met een beperkt beeld erbij (*informatieve beeldkwaliteit*), maar wil ook de beelden zelf bekijken en een eigen opinie vormen (*diagnostische beeldkwaliteit*). In de meeste ziekenhuizen zijn dit eisen die gesteld worden door de specialisten longgeneeskunde, reumatologie, orthopedie en oncologie.

Dit was aanleiding voor de visitatiecommissie om **kwaliteitsstandaarden op te stellen voor de radiologische beeldvorming voor de longarts**.

Eerst moeten we technisch in deze materie duiken. De radiologische beelden worden bekeken op een monitor (beeldscherm), aangesloten aan een werkstation met grafische kaart en netwerkverbinding.

Bepalende factoren zijn hierbij: de capaciteit van de **grafische kaart en netwerkverbinding**, de snelheid van de **software** en de grootte van de **centrale opslag**. Grafische kaart en netwerkverbinding kunnen een flessenhals worden bij het bekijken van de foto's thuis via VPN-verbinding, maar zijn meestal adequaat in het ziekenhuis. Indien de grootte van de centrale opslag beperkt is, gaat veel gebruiksgemak verloren in het ophalen van de gegevens.

De **kwaliteit van de monitor** blijft uiteindelijk het meest kritieke punt. Zeker in ziekenhuizen waar gekozen is om de PACS-software op elk werkstation beschikbaar te stellen, kan de eindgebruiker de beelden bekijken op elke monitor, dus ook op schermen die hiervoor niet geschikt zijn (dit in tegenstelling tot zogenaamde "*dedicated PACS-stations*" waarbij een computer alleen gebruikt wordt voor het bekijken van radiologische beelden). Het verlies aan beeldkwaliteit is niet altijd direct opvallend of zichtbaar, maar kan wel leiden tot een gemiste diagnose (bij voorbeeld een pneumothoraxlijn op thoraxfoto of matglasaspect op CT), of een foutief gestelde diagnose (bij voorbeeld een niet werkelijk overvullingsbeeld)¹. We gaan hierbij uit van een plat scherm (TFT monitor), omdat beeldbuizen praktisch niet meer gebruikt worden. Op een TFT monitor wordt het beeld gevormd door **pixels van vloeibare kristallen**, die onder invloed van elektrische stroompjes van richting (en zo van lichtdoorlaatbaarheid) kunnen veranderen. Verschillende meetbare parameters spelen hierbij een rol:

- **Resolutie:** het aantal en de grootte (pitch) van de pixels (beeldpuntjes), meestal uitgedrukt als aantal puntjes lengte x breedte, of als totaal aantal punten. Voor CT onderzoek is dit meestal geen probleem: het CT onderzoek genereert zelf een beperkt aantal pixels, meestal minder dan een gewoon computerscherm. Voor een thoraxfoto of mammografie is dit een essentiële parameter: de **informatiedichtheid** in het bronbestand is

meestal erg hoog, en het bekijken van het beeld op een monitor met minder beeldpunten betekent automatisch een verlies van gegevens.

- **Grootte van het scherm**, uitgedrukt in diagonale lengte. Op een kleiner scherm moeten beelden digitaal verkleind worden, wat gegevensverlies kan veroorzaken. Ook is een totaaloverzicht voor het oog van de gebruiker moeilijker op een klein scherm: bij inzoomen tot normale grootte gaat het totaalbeeld verloren.
- **Lichtopbrengst**, uitgedrukt in candela per oppervlakte (cd/m²). Het licht van de monitor komt van een achtergrondverlichting, die doorheen de vloeibare kristallen in de pixels schijnt. Bij een lage lichtopbrengst kunnen details verloren gaan.
- **Contrastratio:** het verschil tussen het witste wit en het zwartste zwart. Dit wordt uitgedrukt als een verhoudingswaarde. Dit is ook belangrijk bij CT-beelden. Het contrastverschil wordt soms uitgedrukt als JND-index: "just noticeable difference" of twee grijstinten die net met het menselijk oog te onderscheiden zijn. Hierbij speelt de contrastratio een rol, en het aantal mogelijke grijstinten (bit per pixel).
- **Kijkhoek:** vanaf welke hoek is het beeld nog voldoende. Door de aard van de kristallen verdwijnen details of kleuren als de monitor vanaf de zijkant wordt bekeken.
- **Kleuren:** een zwart-wit monitor heeft meestal een grotere contrastmogelijkheid, een hogere lichtopbrengst en meer pixels. Kleur kan nochtans belangrijk zijn, bij voorbeeld bij het bekijken van PET-beelden.
- **Verstelbaarheid van het scherm**
- **Prijs**

Wij hebben geen Nederlandse standaarden gevonden die basiseisen en minimale criteria formuleren voor monitoren. Er is echter een goede Angelsaksische standaard².

Samengevat zijn volgende criteria en aanbevelingen van belang:

- TFT-monitoren worden aangeraden, CRT-beeldbuizen worden als obsoleet beschouwd.
- Begin met het bekijken van het beeld op het hele scherm, omdat zo patroonherkenning het beste werkt.
- Het bekijken van het beeld in de *native resolutie* (elke pixel komt overeen met een pixel van het oorspronkelijke beeld) geeft het minste kans op vervorming of artefact. Bij vergroting of verkleining kan men best gehele factoren gebruiken (x2 of x3 bij voorbeeld).
- Vergelijken van verschillende beelden naast elkaar kan best gebeuren in dezelfde grootte en resolutie. Om te vermijden dat elk beeld te klein wordt,

is het aangeraden een monitor van voldoende grootte te kiezen.

- De maximale resolutie voor het menselijk oog is ongeveer 1600x1200 pixels op een 50cm scherm vanaf 60cm afstand. Dit betekent dat een nog hogere resolutie geen verbetering van de visuele kwaliteit oplevert. Een voordeel kan wel zijn dat er meer kwaliteitsvolle beelden op eenzelfde monitor kunnen bekeken worden. Dit is vooral belangrijk voor radiologen die een grote hoeveelheid beelden op een korte tijd moeten bekijken.
- Bekijk het scherm **recht vooruit** om de beste kijkhoek te hebben, en zet de helderheid niet hoger dan 500cd/m², om oogmoeheid te voorkomen. Veel medische schermen hebben een automatische helderheidsaanpassing.

In bijgevoegde tabel zijn de minimale, en aanbevolen specificaties vermeld.

Concluderend willen we onze collega's longartsen aanraden bewust te zijn van de technologische mogelijkheden en beperkingen van radiologische beeldvorming. De minimale en aangeraden specificaties in bijgevoegde tabel kunnen gebruikt worden in de onderhandeling met het ziekenhuis bij aanschaf of vervanging van de PACS-monitoren voor longartsen.

Tot recent waren monitoren met deze kenmerken erg duur. De technologische ontwikkeling van computerschermen gaat erg snel, en goede medische kwaliteitsschermen zijn nu veel goedkoper en meer algemeen beschikbaar.

Table1. Minimum and recommended specification for primary diagnostic display devices used for clinical image interpretation²

	Minimum	Recommended
Screen resolution (Native pixel array)	≥1280 x 1024 (~1.3 megapixels)	≥1500 x 2000 (~3 megapixels)
Screen size (viewable diagonal)	≥42 cm (~17")	≥50 cm (~20")
Maximum luminance	>170 cd/m ²	≥500 cd/m ²
Luminance contrast ratio (maximum/minimum)	≥250:1	≥500:1
Greyscale calibration	Within 10% GSDF	Calibrated to GSDF
Greyscale bit depth	8-bit greyscale (24-bit colour)	≥10-bit greyscale
Video display interface	Digital-analogue	Digital video interface (DVI)
Pixel defects ISO 13406-2 classification	Class 2 (2 per million)	Class 1 (0 defects)

References

1. Buls N, Influence of display quality on radiologists' performance in the detection of lung nodules on radiographs. *Brit J Radiol*, 80 (2007), 738-743.
2. The Royal College of Radiologists. *Picture archiving and communication systems (PACS) and guidelines on diagnostic display devices*. London: The Royal College of Radiologists, 2008, www.rcr.ac.uk.

Internetbronnen bij tabel:

1. DICOM Standard Status. 3.14. Grayscale Standard Display Function. <http://www.dclunie.com/dicom-status/status.html>
2. American Association of Physicists in Medicine. *Assessment of display performance for medical imaging systems*. http://www.aapm.org/pubs/reports/OR_03.pdf
3. Institute of Physics and Engineering in Medicine. *Report 91. Recommended Standards for the Routine Performance Testing of Diagnostic X-Ray Imaging Systems*. http://www.ipem.org.uk/ipem_public/article.asp?id=366&did=49&aid=1915&st=&oaId=-1

Evaluatie complicatie registratie NVALT

Bij de toenemende druk op zorgverleners om kwaliteits- en prestatie indicatoren vast te stellen heeft de Orde al 6 jaar geleden aangegeven dat er voor alle medische specialismen een heldere en uniforme complicatieregistratie moet komen. Dit heeft er uiteindelijk toe geleid dat de NVALT ledenvergadering in 2007 een bestaande NVALT complicatielijst, aangepast aan de Masterclassificatie van de Orde, heeft goedgekeurd. Hierna startte er een proefperiode waarin een aantal klinieken deze lijst heeft gebruikt. Kort voor de vakantie heb ik daarom geïnventariseerd hoe op dit moment de complicatieregistratie verloopt, en met name wat de ervaringen zijn van deze nieuwe complicatieregistratie lijst volgens de Masterclassificatie. Daarvoor is er een mail gestuurd naar alle NVALT leden, waarbij er reacties zijn gekomen van 32 klinieken, wat een respons is van 29%.

Onderwerp	ja	nee
complicatie registratie?	28	4
NVALT Master	15	15
duidelijk	8	3
voldoende?	4	4
motivatie probleem	2	
in ZIS	9	2
dataset	8	1

In deze tabel kunt u zien dat de meesten inderdaad een complicatieregistratie systeem hanteren, verreweg de meesten gebruiken een lijst van de NVALT. Daarvan gebruikt slechts de helft de Masterclassificatie.

De lijst wordt door de meesten als duidelijk ervaren. Onduidelijkheden in de NVALT lijst zelf werden niet aangegeven, wel vroeg men zich soms af wanneer er daadwerkelijk gesproken kan worden van een complicatie. Dat blijft een lastig probleem. De Orde stelt dat er sprake moet zijn van een ongewenst neveneffect, al dan niet met blijvende schade, die medisch ingrijpen noodzakelijk maakt. Ook waren er vragen of procedurele fouten of verpleegkundige missers niet moeten worden opgenomen. Daar is bewust van afgezien, dit zijn namelijk geen medische complicaties in de strikte zin, maar fouten waarvoor bijvoorbeeld een foutmelding kan worden gedaan in het eigen instituut.

Er waren vooral vragen waarom wel bijwerkingen van ingrepen, maar niet van medicatie als complicatie worden geduid. Dat is een praktische keuze die al jaren geleden gedaan is. Om een complicatieregistratie zinvol te laten zijn is het van belang dat hij op het juiste moment en goed wordt ingevuld. Motivatie van de dokter is hierbij van essentieel belang, zoals u kunt zien zijn er nu al klinieken die aangeven dat daar een probleem ligt. Omdat wij verwachten dat een langere lijst met o.a. medicatiebijwerkingen het geheel minder overzichtelijk en m.n. minder praktisch maakt is dit niet opgenomen. Overigens is het wel mogelijk dit te scoren als bijvoorbeeld allergische aandoening, maar leverfunctiestoornissen door INH of osteoporose door steroïden kunnen we nu inderdaad niet scoren. De internisten hebben dit wel opgenomen, als enige specialisatie hebben zij (dus) een enorme lijst. Dat vonden wij niet wense-

lijk. Eén vakgroep heeft dit opgelost door een extra categorie "geneesmiddel" toe te voegen, dergelijk lokale wijzigingen zijn mogelijk. Zoals u kunt zien vonden daarom 4 klinieken dat de lijst niet de juiste mogelijkheden gaf, 2 daarvan wilde meer mogelijkheden, 2 wilde er juist minder! Omdat de lijst gemaakt is rondom onze ingrepen gebruiken sommigen alleen een complicatieregistratie op de behandelkamer, wat voldoende kan zijn.

De huidige lijst kan in bijna alle ziekenhuisinformatiesystemen worden ingebouwd, wat ook meestal ook heeft plaatsgevonden. Ook de generieke dataset met aanvullende informatie over de betrokken patiënt, ingreep en arts, betrokken bij de complicatie, is in bijna alle gevallen beschreven.

Concluderend zie ik dat er een goed begin is gemaakt met de registratie. De grootste groep gebruikers is tevreden met de mogelijkheden en los van lokale verschillen en aanpassingen worden er geen evidente fouten of omissies gemeld. Daarom kunnen we verder gaan met deze complicatieregistratie en wil ik alle niet-gebruikers uitnodigen de lijst op te zoeken op de NVALT site, een email naar mij of het secretariaat kan ook.

De Orde is dit jaar weer begonnen om te inventariseren hoever het staat met de invulling en ondersteunt onze stappen van deze laatste jaren. Zoals u weet is een goede complicatieregistratie en periodieke bespreking van de resultaten een onderdeel van de kwaliteitstoetsen voor uw vakgroep en instelling, hierbij reiken wij u het instrument.

Frans Krouwels

Evaluatie E-learning enquête

34

In de envelop van de longartsenweek vond u allen een enquêteformulier van de werkgroep ICT. Doel hiervan was het evalueren van kennis en behoefte aan e-learning. 149 ingevulde formulieren was een positief aantal waardoor wij ons een goed beeld kunnen vormen van wat u als longarts kent en wenst op het gebied van online nascholing.

Wie heeft het ingevuld en wat zijn de verschillen?

64% mannen	35% vrouwen
74% longarts	26% assistent
54% jonger dan 50	46% ouder dan 50 jaar

Bij alle groepen is er een duidelijke behoefte aan e-learning (overal meer dan 60%) en bij de assistenten levert dit zelfs een percentage op van 97%. Ook de ervaring met e-learning scoort bij alle groepen vrij hoog. Het is duidelijk dat de deelnemers van de enquête allen betrokken zijn bij digitale nascholing. Er zijn weinig ver-

schillen tussen mannen en vrouwen en de behoefte hieraan is niet leeftijdsafhankelijk.

Algemene resultaten

54% heeft ervaring met e-learning, van deze groep heeft slechts 13% dit als negatief ervaren. Bijna de helft van de deelnemers heeft behoefte aan overleg met collega's tijdens een e-learningmodule, 43% heeft hier geen behoefte aan, 8% heeft dit niet ingevuld.

Groupwise e-learning biedt kansen tot overleg, maar slechts 16% is hiermee bekend. Driekwart hiervan heeft dit als positief ervaren. Helaas is er nog maar weinig aanbod van groupwise leren. Dit is jammer want het biedt perspectieven aangezien het merendeel van de ondervraagden (45%) het gebrek aan contact met collega's een drempel vindt voor het gebruik. Het zien van een webcast is een goede manier om een symposium te volgen. 46% van u heeft dit gedaan en als positief ervaren. Een webcast gekoppeld aan e-learning is voor velen echter nog

nieuw, slechts 19% heeft dit gedaan en ook hierbij vrijwel alleen positieve ervaringen.

Deze enquête heeft duidelijke resultaten opgeleverd wat betreft het nut van e-learning. 63% ziet het dan ook als een nuttige aanvulling op de reguliere nascholing. Dit, met name omdat het mogelijk blijkt om uw nascholing in uw eigen tijd in te delen. Een zelfde percentage zegt echter ook dat het geen vervanging zal zijn. Hiervoor is het directe contact met collega's te belangrijk.

Voor de ICT werkgroep is duidelijk geworden dat online nascholing een belangrijk punt op de agenda dient te zijn. Met deze resultaten kunnen wij aan de slag om e-learning een succes te maken.

Allen hartelijk dank voor het invullen van de enquête.

Namens de werkgroep ICT
Willem Pieters, voorzitter
Wilma Vlug, secretaresse

DNA fingerprinting voor de tuberculosebestrijding in een grootstedelijk gebied

Gerard de Vries,
arts maatschappij en gezondheid,
afdeling tuberculosebestrijding GGD
Rotterdam-Rijnmond,
devriesg@ggd.rotterdam.nl
Erasmus MC,
Erasmus Universiteit Rotterdam
ISBN: 978-90-9023918-7

http://repub.eur.nl/publications/dissertations/all_diss/116748778/

Intro

Tuberculose (tbc) wordt veroorzaakt door een bacterie, de *Mycobacterium tuberculosis*. De tbc-incidentie in grote steden is circa vier keer zo hoog als het landelijk gemiddelde. Op 27 februari 2009 promoveerde drs. G. de Vries aan de Erasmus Universiteit van Rotterdam op het proefschrift getiteld "DNA fingerprinting for tuberculosis control in a metropolitan area". Hij onderzocht wat de toegevoegde waarde is geweest van DNA fingerprinting voor de tbc-bestrijding in de Rotterdamse regio en wat de oorzaken zijn van de hoge tbc-incidentie in Rotterdam.

Hoge tuberculose-incidentie in Rotterdam

De tbc-incidentie in Nederland en ook in de regio Rotterdam-Rijnmond daalde dramatisch in de vorige eeuw door verbeterde sociaaleconomische omstandigheden, het beschikbaar komen van effectieve medicamenteuze therapie direct na de tweede wereldoorlog en gerichte opsporingsmogelijkheden. Door toename van immigratie, vooral vanwege asielaanvragen, steeg de landelijke incidentie midden jaren tachtig, maar daalde een decennium later opnieuw (zie figuur 1). De tbc-incidentie in Nederland was met 5,9 per 100.000 inwoners in 2007 nog nooit zo laag. In Rotterdam zette de stijging zich echter door; in 2003 was het aantal patiënten verdubbeld in vijftien jaar tijd. In dat jaar verzocht het college van Burgemeester en Wethouders de directeur van de GGD Rotterdam-Rijnmond nader onderzoek te

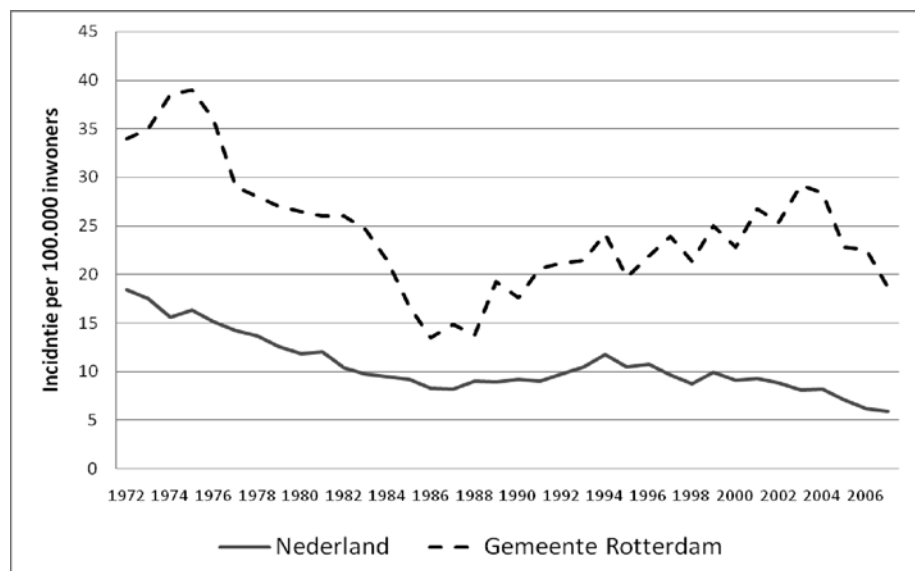
doen naar de oorzaken van het hoge aantal tbc-patiënten in de stad.

DNA fingerprinting

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu past sinds 1993 een onderzoekstechniek toe, restrictie fragment lengte polymorfisme (RFLP), waarbij een stukje DNA van de *M. tuberculosis* in kaart wordt gebracht. Het resultaat is een bandpatroon (fingerprint) dat vergeleken kan worden met andere bacteriën in de landelijke DNA fingerprinting database. Als twee bacteriën identiek zijn, vormen zij een cluster en bestaat er mogelijk een verband tussen de patiënten van wie deze bacteriën afkomstig zijn. De RFLP-genotypes zijn redelijk stabiel; de halfwaardetijd varieert tussen de 3 en 10 jaar.

Om de waarde van DNA fingerprinting voor de public health te onderzoeken werd in een van de studies een transmis-

sie-classificatie model ontwikkeld en toegepast. Patiënten werden onderverdeeld in diegenen met een unieke mycobacteriële DNA fingerprint, een clusterende fingerprint en met een onbekende fingerprint. Deze laatste waren vrijwel allemaal kweeknegatief. Voor elke categorie bepaalde een beslisboom of patiënten in het buitenland, recent (≤ 2 jaar) of lang geleden (> 2 jaar) in Nederland waren geïnfecteerd. Het model werd toegepast op tbc-patiënten die in de periode 1995-2006 bij GGD Hollands Midden, locatie Gouda, GGD Rotterdam-Rijnmond, GGD Zuidhollandse Eilanden en GGD Zuid-Holland Zuid werden vastgesteld. Van de 2636 tuberculosepatiënten was 38% in het buitenland geïnfecteerd, 36% het gevolg van recente transmissie in Nederland en 18% was lang geleden in Nederland geïnfecteerd, terwijl van de overige patiënten (9%) plaats of tijdstip van infectie niet bepaald kon worden. Van



Figuur 1. Tbc-incidentie in Nederland en Gemeente Rotterdam, 1972-2007.

patiënten met een clusterende fingerprint was maximaal 71% recent in Nederland geïnfecteerd. De conclusie van het onderzoek is dat clustering niet hetzelfde is als recente transmissie en genotypering gecombineerd moet worden met conventionele epidemiologische gegevens om plaats en tijdstip van infectie zo nauwkeurig mogelijk te bepalen.

Grootstedelijke tuberculosebestrijding ('metropolitan TB control')

Drie gemeenten in de eerdergenoemde studie hadden een omgevingsadresdichtheid van meer dan 2500 adressen per km² (Rotterdam, Schiedam en Vlaardingen). Kenmerken van tbc-patiënten en mycobacteriën in deze grootstedelijke gemeenten werden vergeleken met die van 52 omliggende minder-verstedelijkte gemeenten. De tbc-incidentie in de grootstedelijke gemeenten was 3,8 keer hoger dan in de omliggende gemeenten. Na stratificatie voor geboorteland was de tbc-incidentie in de grootstedelijke gemeenten 1,7 keer hoger voor immigranten en 2,8 keer hoger voor niet-immigranten. De hoge tbc-incidentie in bovengenoemde steden wordt derhalve deels verklaard door het hoge percentage immigranten. Recente transmissie veroorzaakte 40% van de totale tbc-incidentie in de grootstedelijke gemeenten en was 5,5 keer hoger dan in de omliggende gemeenten. Harddruggebruikers en daklozen vertegenwoordigden 10,3% van alle grootstedelijke tbc-patiënten en waren frequent recent geïnfecteerd. De hoge tbc-incidentie wordt dus tevens veroorzaakt door recente transmissie zowel onder immigranten als niet-immigranten en in het bijzonder onder harddruggebruikers en daklozen in de steden. De auteurs bevelen een pakket maatregelen aan als onderdeel van grootstedelijke tuberculosebestrijding.

Een uitbraak

Een van de studies beschrijft een uitbraak van 28 tbc-patiënten met identieke *M. tuberculosis* bacteriën en 4 kweeknegatieve patiënten gerelateerd aan het moleculaire cluster. Achteraf kon vastgesteld worden dat de indexpatiënt een passant was die frequent in een Rotterdamse café kwam. De diagnose werd pas na zijn vertrek uit Nederland in een buitenlands ziekenhuis gesteld. Van 21 secundaire tbc-patiënten gerelateerd aan deze indexpatiënt, ontwikkelde 52% de ziekte binnen een jaar, 71% binnen twee jaar en

de overige 29% tussen twee en vijf jaar. Clusteranalyse onderstreepte relevante aandachtspunten voor de tbc-bestrijding in een grootstedelijk gebied, zoals het tijdig onderkennen van een uitbraak, het belang van re-infecties, de gevolgen van het laat stellen van de diagnose, de rol die cafés hebben in de tbc-transmissie en de waarde van DNA fingerprinting voor de besluitvorming om contactonderzoeken uit te breiden. Het grafisch weergegeven van de 32 patiënten in een cluster diagram was met name nuttig voor het vinden van transmissielocaties en de overeenkomsten en verbanden tussen patiënten.

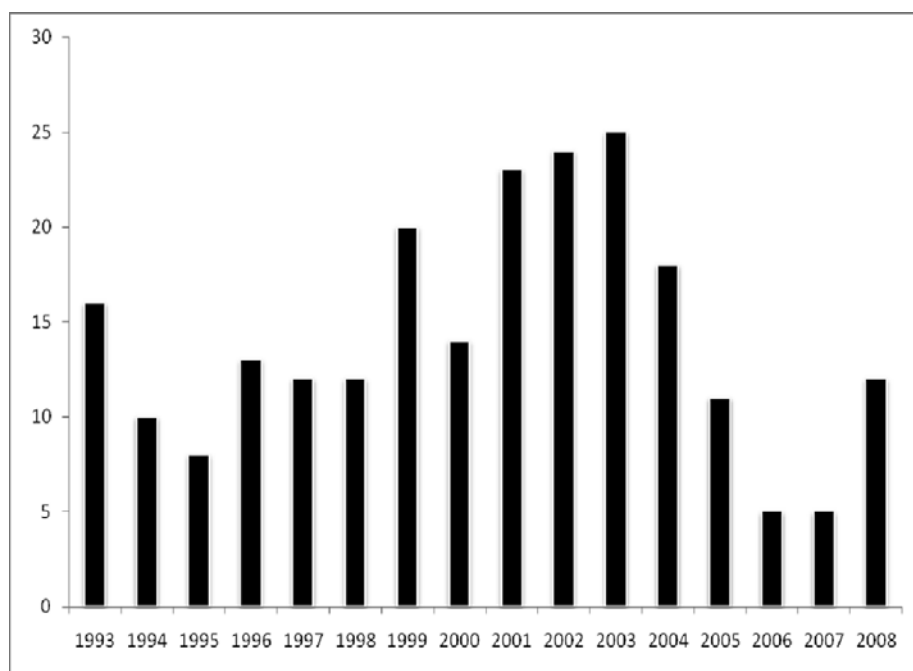
Tuberculose onder druggebruikers en dak- en thuislozen

Begin van deze eeuw nam het aantal tbc-patiënten onder druggebruikers en dak- en thuislozen toe (figuur 2). Een uitgebreid contactonderzoek onder deze groep maakte eveneens duidelijk dat deze personen een bijzonder hoog risico op tbc hadden in Rotterdam. Geen van de zes secundaire gevallen in dit contactonderzoek had een moleculaire link met de bronpatiënt die een tbc-bacterie met een unieke fingerprint bleek te hebben. Vier tbc-patiënten hadden dezelfde clusterende fingerprint, één een fingerprint die overeenkwam met een ander cluster

en één een unieke fingerprint. DNA fingerprinting liet derhalve zien dat er intensieve transmissie plaats vond door meerdere bronnen. Deze bevindingen waren onder andere aanleiding om een mobiel röntgenologisch tbc-screeningsprogramma voor harddruggebruikers en daklozen in 2002 opnieuw te introduceren. Een evaluatiestudie liet zien dat na vier jaar screening het aantal tbc-patiënten met dit risicoprofiel gedaald was van 24 in 2002 tot 11 gevallen in 2005 en toonde tevens aan dat het percentage patiënten met tbc veroorzaakt door een prevalentie *M. tuberculosis* daalde van 80% naar 45%. De studie toonde dus aan dat röntgenologische screening de tbc-transmissie onder harddruggebruikers en dak- en thuislozen verminderde.

Tuberculose onder gezondheidswerkers

DNA fingerprinting resultaten werden ook gebruikt om vast te stellen of gezondheidswerkers met tbc tijdens hun werk in Nederland geïnfecteerd waren. Bij 67 van 101 (66%) gezondheidswerkers met tbc die in de periode 1995-1999 in Nederland als zodanig waren aangegeven, kon de plaats van infectie worden vastgesteld. Van deze was 42% geïnfecteerd tijdens werk in Nederland, 28% buiten het werk om geïnfecteerd en 30% in het buitenland besmet.



Figuur 2. Tbc onder harddruggebruikers en dak- en thuislozen in Rotterdam.

Vertraagde diagnostiek, met name bij de oudere tbc-patiënt, was de belangrijkste oorzaak van transmissie van patiënt naar gezondheidswerker. Inadequate infectiepreventiemaatregelen droeg in een aantal omstandigheden bij aan de tbc-transmissie. Een sterke verdenking op tbc door de clinicus, adequate infectiepreventiemaatregelen door ziekenhuisautoriteiten en vroege opsporing van latente tbc-infectie

door arbo-diensten zijn nodig om tbc bij gezondheidswerkers te voorkomen.

Conclusies en aanbeveling

Met DNA fingerprinting is het mogelijk om uitbraken te onderkennen, interventies te ontwikkelen en te evalueren, en is het van nut om uitbreiding van contactonderzoeken te onderbouwen en te verantwoorden. In combinatie met epide-

miologische gegevens draagt DNA fingerprinting bij aan de surveillance van tbc. Grootstedelijke tuberculosebestrijding is een aparte entiteit. Uitwisseling van ervaringen, zoals de toepassing van DNA fingerprinting en actieve opsporing onder grootstedelijke risicogroepen als drugsgebruikers en dak- en thuislozen, dient in een Europees netwerk gefaciliteerd worden.

Kandidaat-leden



Pyke van den Bergh
(aios, Sint Antonius
Ziekenhuis, Nieuwegein)



Ries van den Biggelaar
(aios, UMCG, Groningen)



Anna de Boer
(aios, MCA, Alkmaar)



Winifred Broekman
(aios, LUMC, Leiden)



Jan Brouwer
(aios, HagaZiekenhuis,
locatie Leyenburg,
Den Haag)



Roy Dambacher
(aios, Canisius-Wilhelmina
Ziekenhuis, Nijmegen)



Joris van Enschot
(aios, Catharina
Ziekenhuis, Eindhoven)



Rienke Feenstra
(aios, MCL, Leeuwarden)



Shailin Gajadin
(aios, Erasmus MC,
Rotterdam)



Bob Groot
(aios, AMC, Amsterdam)



Lidia Hoogerbrugge-
Oosterom
(aios, Spaarne Ziekenhuis,
Hoofddorp)



Wouter de Jong
(aios, UMCG, Groningen)



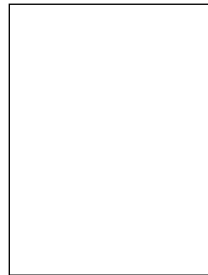
Cor van der Leest
(aios, Amphia
Ziekenhuis, Breda)



Dennis van Leeuwen
(aios, Erasmus MC,
Rotterdam)



Anne van Lindert
(aios, UMCU, Utrecht)



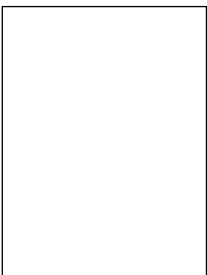
Vincent Munnik
(aios, Sint Antonius
Ziekenhuis, Nieuwegein)



Meriam Nijholt
(aios, Ziekenhuis
Rijnstate, Arnhem)



Aigul Oekeneva
(aios, Canisius-Wilhelmina
Ziekenhuis, Nijmegen)



Niels Patberg
(aios, AMC, Amsterdam)



Diewertje Ruigrok
(aios, LUMC, Leiden)



Nicole Scheppers
(aios, Atrium Medisch
Centrum, Heerlen)



Ruud Segers
(aios, MUMC, Maastricht)



Janine Semeleer
(aios, Canisius-Wilhelmina
Ziekenhuis, Nijmegen)

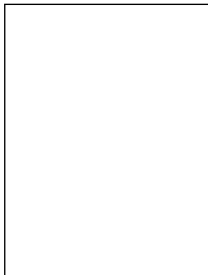


Annelies Slats
(aios, AMC, Amsterdam)

Kandidaat-leden



Daan Smits
(aios, UMC St. Radboud,
Nijmegen)



Willemijn Theelen
(aios, MCA, Alkmaar)



Gwenda Vleeshouwers
(aios, MUMC, Maastricht)



Mareye Voortman
(aios, UMCU, Utrecht)



Marieke de Vries-Berger
(aios, Spaarne Ziekenhuis,
Hoofddorp)



Kim Walraven
(aios, Atrium Medisch
Centrum, Heerlen)

Punten Datum Nascholing

September 2009

3	10 sep	Diagnostiek bij vermoeden van een afweerstoornis - Utrecht (NL)
20	12 sep	ERS - Wenen (AT)
i.a.	12 sep	Symposium Diagnosis and treatment of primary ciliary dyskinesia; a state of the art" - Margareten (AT)
2	16 sep	4e Rijsserbergsymposium Longoncologie, 16 september 2009 - Rijssen (NL)
5	16 sep	Update in Allergie: Highlights van de EAACI 2009 vertaald naar de dagelijkse praktijk ("post-EAACI 2009") - Bussum (NL)
2	17 sep	NVIC Traumatologie en acute geneeskunde 2009 - Ede (NL)
i.a.	18 sep	Cystic Fibrosis: Nieuwe Perspectieven - Utrecht (NL)
2	22 sep	Asthma: role of sinuses and distal airways - Amsterdam Zuid-Oost (NL)
12	22 sep	Werkbezoek zuidelijk Afrika ('Afrika reis')
i.a.	23 sep	Seminar Pandemie: Is Brabant voldoende voorbereid? - Tilburg (NL)
i.a.	23 sep	Werkbezoek zuidelijk Afrika ('Afrika reis')
5	25 sep	TED - Symposium 2009 - Ede (NL)
i.a.	29 sep	Nieuwe inzichten in invasieve mycosen - Paterswolde (NL)
i.a.	29 sep	Post WCLC 2009 - Utrecht (NL)
	29 sep	Thuiszorg technologie
5	30 sep	NELSON Nederlands-Leuvens longkanker screenings onderzoek - Utrecht (NL)

Oktober 2009

i.a.	1 okt	Legionella congres - Amersfoort (NL)
i.a.	1 okt	TeleMedicine studiereis Capri i.s.m. de Seconda Universita degli Studi di Napoli
	1 okt	The art of Pulmonary medicine a common sense to lung disease.
i.a.	2 okt	AstraZeneca Primary Care Forum "Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) debating different approaches to management" - Damaia (PT)
2	6 okt	Bijeenkomst "Diagnostiek PAH in de regio" - Rotterdam (NL)
i.a.	6 okt	Luchtwegprovocatie bij astma - Enschede (NL)
3	8 okt	Diagnostiek bij vermoeden van een afweerstoornis - Breda (NL)
3	9 okt	2nd State of the art symposium on allergen-specific immunotherapy - Amersfoort (NL)
	9 okt	Intensive Tropical medicine School - Malawi
i.a.	9 okt	Leven met Kanker - Tilburg (NL)
6	9 okt	Najaarsvergadering NVALT
	15 okt	HRCT of the Lung: Teaching Course
9	15 okt	TOPICS Non-invasieve beademing - Leeds (GB)
4	16 okt	najaarsvergadering NVvA 2009 - Rotterdam (NL)
i.a.	26 okt	Anemie en Quality of Life - Capelle aan Den IJssel (NL)
i.a.	27 okt	Anemie en Quality of Life - Utrecht (NL)
i.a.	28 okt	Anemie en Quality of Life - Arnhem (NL)
20	31 okt	Chest - San Diego (US)

November 2009

	1 nov	Cruise-Cursus HRCT van de longen
3	3 nov	3e Landelijk Themasymposium DLCRG 2009 - Den Haag (NL)
i.a.	5 nov	Symposium Q-koorts: ' Een complexe ziekte!' - "s-Hertogenbosch (NL)
i.a.	5 nov	Training Motiverende Gespreksvoering (MGV) - Doorn (NL)
3	10 nov	Inflammatie bij astma en copd: Belicht vanuit verschillende invalshoeken. - De Schiphorst (NL)
i.a.	11 nov	10e Vrouwelijke Longartsendag "Juridische zaken" - Utrecht (NL)
3	12 nov	Diagnostiek bij vermoeden van een afweerstoornis - Eindhoven (NL)
	12 nov	informatiebijeenkomst over longziekte LAM
20	19 nov	Bronkhorst - Veldhoven (NL)

Punten Datum Nascholing

November 2009

- | | | |
|------|--------|--|
| 4 | 19 nov | NVIC Infectiedagen 2009 - Ede (NL) |
| 5 | 20 nov | COPD Ketenzorg - recente ontwikkelingen in beleid, veld en onderzoek van de geïntegreerde zorg bij COPD patiënten - Utrecht (NL) |
| 5 | 20 nov | Vijfde Nationale Legionella Symposium - Haarlem (NL) |
| i.a. | 25 nov | Mythen, Missers en Maatwerk; Respiratoire insufficiëntie en beademing - Ede (NL) |
| 4 | 27 nov | AMC Allergiemiddag |

December 2009

- | | | |
|------|--------|--|
| i.a. | 3 dec | Lichaam & Geest in beeld, gespecialiseerde zorg op het grensvlak van soma en psyche - Hilversum (NL) |
| 12 | 9 dec | AstraZeneca Clinic "Interstitial Lung Disease" - London (GB) |
| 5 | 11 dec | Thoraxchirurgie XI - Enschede (NL) |

Januari 2010

- | | | |
|----|--------|---|
| 14 | 11 jan | Clinic "Palliatieve zorg bij COPD" - Liverpool (GB) |
|----|--------|---|

Februari 2010

- | | | |
|------|-------|---|
| i.a. | 1 feb | Winter ILD Course Davos - Pathologic, radiologic and clinical correlations in interstitial lung diseases - Davos (CH) |
|------|-------|---|

Maart 2010

- | | |
|--------|----------------------|
| 29 mrt | Longartsenweek NVALT |
|--------|----------------------|

April 2010

- | | |
|--------|------------------------|
| 23 apr | Ledenvergadering NVALT |
|--------|------------------------|

Mei 2010

- | | |
|--------|-----------------|
| 27 mei | Ergometricursus |
|--------|-----------------|

Oktober 2010

- | | |
|-------|------------------------|
| 8 okt | Ledenvergadering NVALT |
|-------|------------------------|

Novemeber 2010

- | | |
|--------|---------------------------------|
| 19 nov | Bronkhorst Colloquium Veldhoven |
|--------|---------------------------------|

Juni 2011

- | | |
|--------|---|
| 15 jun | WASOG 10th meeting and 12th BAL conference - Maastricht |
|--------|---|

Punten *Nascholing*

42

E-Learning / Individuele Nascholing

- 4 Behandeling tabaksverslaving in de longartspraktijk
- 4 Capita longziekten 2008
- 4 e-learning: 11e Nationale Longkanker Symposium
- 1 Histology Matters
- 1 Innovaties bij gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom: angiogeneseremmers
- 1 Innovaties bij gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom: EGF-tyrosinekinase remmers bij het NSCLC
- i.a. Longcarcinoom en andere thoracale tumoren
- 1 Longcarcinoom en andere thoracale tumoren - module 2
- i.a. Longcarcinoom en andere thoracale tumoren - module 3
- 1 OncoMotief 13 Endobronchiale palliatieve behandeling
- 1 Pathofysiologie, epidemiologie en prognose van Pulmonale Hypertensie (PH)
- 1 Webcast 'Angiogeneseremmers: stand van zaken en toekomst'

Refereeravonden Informatie over de exacte data kunt u verkrijgen bij de betreffende klinieken. Accreditatie: 2 punten

Het kwaliteitsbeleid van de NVALT wordt mede mogelijk gemaakt door

hoofdsponsors

