



PULMO

Script

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT
JAARGANG 27 NR. 3 SEPTEMBER 2016

NVALT
JAARVERSLAG 2015

INVENTARISATIE
NEUROSARCOÏDOSE

OPROEP VERA BONTA PRIJS

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
www.nvalt.nl

Redactieraad:
Jacobine Herbrink
Lisette Kunz
Kris Mooren
Wilma Vlug

Uiterste datum voor insturen kopij
nr. 4: 15 november 2016

PulmoScript verschijnt eenmaal
per kwartaal in een oplage
van 1200 exemplaren.

De redactie behoudt zich het recht voor
om teksten te weigeren, te bewerken
of in te korten.

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

Van Engelen - tekst, vormgeving en
drukkwerkadviezen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



04 VOORWOORD

Bestuur

06 Jaarverslag 2015

Commissies, secties en werkgroepen

22 Vanuit de Sectie Assistenten

24 Vanuit de Werkgroep Mesotheliomen en Asbestose

26 Vanuit de Commissie BOM

Rubrieken

29 Opleiding in de kijker: LUMC

31 Nieuwe hoogleraar stelt zich voor: Yvonne Heijdra

33 Pulmonaal Portret: Judith Herder

34 Column Hans Smit "Dat is gek!"

Nascholing

35 Samenvatting proefschrift Lizza Hendriks

Brain metastases in lung cancer patients: unraveling clinical questions

En ook...

37 Inventarisatie manifestaties neurosarcoïdose en het vaststellen van "best clinical practice" in diagnostiek en behandeling

39 Oproep Vera Bonta prijs

39 Oproep Machiel van der Woude Stipendium

40 Masterclass Respiratory Infections, Barcelona

41 WASOG Conference on Diffuse Parenchymal Lung Diseases, Gdansk

48 Lidmaatschap

Personalia

44 Kandidaat-leden

45 Klaar met de opleiding

45 Nieuwe rustende leden

46 Congresagenda



Cover: Niet plus: Deze foto symboliseert diffuse interstitiële longafwijkingen
Fotograaf: Petal Wijnen.

“Door onderzoek te doen naar de activiteiten van de farmaceutische industrie, op eenzelfde manier als tabaksonderzoekers dat deden naar de tabaksindustrie, kan misschien het bewijs worden geleverd dat richting kan geven aan het openbare beleid dat erop is gericht de voordelen van de moderne geneesmiddelen te optimaliseren en de schadelijke effecten ervan te beperken. Alleen overheden, niet de markt, hebben het mandaat, de middelen en het gezag om te waarborgen dat de balans van werkzaamheid en bijwerkingen positief is. Als niet wordt geïntervenieerd, is de kans groot dat de voortdurende door de markt gestuurde groei van de farmaceutische industrie en zijn groeiende politieke macht zal leiden tot meer ongewenste effecten op de gezondheid en een grotere ongelijkheid in de toegang tot essentiële geneesmiddelen. Kunnen we ons, door lering te trekken uit de vele pogingen om de schadelijke effecten van tabak te reguleren, een wereld voorstellen waarin de ziektelast en omgevingschade die door de geneesmiddelenindustrie worden veroorzaakt, zullen afnemen in plaats van toenemen?”

U zult zich wellicht afvragen, waar deze tekst vandaan komt? Het is de conclusie van een zeer lezenswaardig stuk, gepubliceerd in het Geneesmiddelbulletin (nr. 7 (augustus 2016);84-88), geschreven door prof. Freudenberg, professor Public Health aan de City University of New York, School of Public Health, naar aanleiding van een symposium van het Geneesmiddelbulletin van dit jaar. Het symposium gaat over de invloeden van de farmaceutische industrie in de afgelopen 50 jaar waardoor deze zo groot en winstgevend is geworden als vandaag de dag bekend is. Hij trekt daarbij een vergelijking met de opkomst en neergang van de tabaksindustrie. Neergang is wellicht een te groot woord voor de afnemende winst en invloed van de tabaksindustrie. Maar, bottom line komt het erop neer dat zowel de tabaksindustrie als de farmaceuten zich bedienen van dezelfde strategieën op het gebied van marketing, beïnvloeding van de politiek, overheid en publiek met als doel de omzet elk jaar weer verder te laten toenemen. De farmaceuten hebben een



sterke lobby in de politiek, zeker in de VS met bijvoorbeeld financiële bijdragen bij campagnes. Daarnaast gewiekste beïnvloeding van media en strategische public relations. Ook door ondersteuning van goede doelen verstevigen de farmaceuten hun positie in onze maatschappij. Kortom, de farmaceuten hebben goed gekeken naar de tabaksindustrie en plukken daar nu de vruchten van.

Zelf hebben we natuurlijk ook een beetje boter op ons hoofd. Dat blijkt wel uit de relatie die artsen hebben met de industrie. In de Volkskrant van 3 september jl. wordt gesteld dat meer dan 33% van de longartsen in Nederland betaald wordt door de farmaceuten! Met wat wetgeving zijn misschien een aantal zaken beter geregeld, zodat we bijvoorbeeld niet gratis afreizen naar één of ander congres op één of ander eiland. Maar de verstrengeling met de farmaceuten zit ook in andere zaken, zoals nascholingsactiviteiten, spreekbeurten en wetenschappelijk onderzoek. Laten we wel wezen, onderzoek is alleen mogelijk als het betaald wordt. En wie heeft geld? Juist! Dus veel onderzoek wordt ‘gestuurd’ door de farmaceuten en daar moeten wij als dokters goed op letten. Misschien moeten we het advies van prof. Freudenberg ons ter harte nemen en de overheid een grotere rol laten spelen in de onderzoeksagenda zodat overheid en professionals samen op zoek gaan naar de beste behandelingen met de minste schade. Wie weet, wordt de zorg daarmee ook meer betaalbaar.

Frans Schramel, secretaris wetenschap

NVALT 2015

in cijfers en feiten



2

wetenschappelijke vergaderingen en ALV

2

visionaire dagen bestuur

1036

Leden

10

bestuursleden

120

Longartsen in opleiding

4

vaste personeelsleden

2

Landelijke nascholingsdata (Bronkhorstcolloquium, Longartsenweek/Longdagen)

16

Secties

587

Longartsen

Professionele **contacten** met KNCV, Federatie Medisch Specialisten, KNMG, RGS, ERS, IGZ, NRS, Longfonds, LAN, ZiNL, NZA, UEMS, BOLS, VWS, DICA

4

Beleidscommissies

7

subcommissies

JAARVERSLAG NVALT 2015

Commissie accreditatie (CAC) Jaarverslag 2015

Samenstelling:

Sander (S.M.) de Hosson	voorzitter
Giny (G.A.L.) Clappers-Gielen	lid
Marieke (M.J.) Overbeek	lid
Milena (J.M.M.) Roorda-van der Vegt	lid

De commissie accreditatie heeft in 2015 éénmaal telefonisch vergaderd. Overleg geschiedt in de meeste gevallen via de mail of via GAIA.

In 2015 werden 184 aanvragen door de NVALT commissie in behandeling genomen en beoordeeld. Veertien hiervan voldeden niet aan de criteria voor accreditatie en zijn derhalve afgewezen. Buitenlandse congressen worden door de deelnemende longartsen ingevoerd in het persoonlijk dossier, waarbij het bewijs van deelname gescand en geüpload dient te worden. Zonder dit deelnamebewijs is het niet mogelijk om punten toe te kennen. Het gebeurt echter regelmatig dat het deelnamebewijs ontbreekt waardoor de aanvraag teruggestuurd wordt. De longarts is zelf verantwoordelijk voor het controleren van bijschrijving van accreditatiepunten in het persoonlijk dossier.

Hieronder vindt u een overzicht van het totaal aantal aanvragen.

Totaal aantal aanvragen	1314
Accreditatie Bureau Algemene Nascholing (ABAN)	962
Nascholing NVALT Intensive Care	168
Aanvragen NVALT	184
Nascholing met fysieke bijeenkomst Longziekten en Tuberculose (geaccrediteerd)	157
E-learning Longziekten en Tuberculose (geaccrediteerd)	13
Nascholing Longziekten en Tuberculose (afgewezen)	14
Totaal Buitenland scholingen aangevraagd	118
+Buitenland scholingen gevalideerd	116
Buitenland scholingen afgewezen	2

Alle nascholingen Longziekten en Tuberculose worden door de commissie beoordeeld. Hierbij geldt de stelregel dat één uur scholing gehonoreerd wordt met één accreditatiepunt. Daarbij wordt een maximum van 6 punten per dag en 20 punten per congres gegeven. Tevens worden in GAIA de nascholingen van de Intensive Care en de algemene nascholingen betreft de niet-medisch inhoudelijke nascholing beoordeeld en geregistreerd. Het ABAN is het centrale loket voor het aanvragen van accreditatie van algemene nascholing voor alle erkende specialismen. De beoordeling van Intensive Care nascholingen verloopt sinds september 2011 via het moederspecialisme Interne Geneeskunde. De uiteindelijke toekenning van de punten wordt door de NVALT

overgenomen. De NIV coördineert de procedure betreffende de IC nascholingen. Voor IC-nascholingen wordt regelmatig afgeweken van het maximum van 20 punten per congres.

Alle geaccrediteerde cursussen staan vermeld in de congresagenda van PulmoScript en op de website van de NVALT. Alle informatie ten aanzien van het GAIA-systeem is te vinden op de website van de NVALT (www.nvalt.nl/accreditatie) en de GAIA- (www.knmg.nl/accreditatie).

Giny Clappers, Voorzitter CAC 2016

Commissie Bronkhorst Colloquium (CBC) Jaarverslag 2015

Samenstelling

Dr. Frans (F.H.) Krouwels	Voorzitter (t/m 31 oktober 2015)
Dr. Bernt (B.) van den Blink	Voorzitter (vanaf 31 oktober 2015)
Dr. Gerben (G.P.) Bootsma	Lid namens de assistenten
Wouter (W.H.) van Geffen	Lid namens de assistenten
Florine (F.G.A.M.) Horst-van der Vegt	Lid namens de assistenten
Gregor (G.P.M.) Mannes	
Prof. dr. Egbert (E.F.) Smit	
Prof. dr. Anton (A.) Vonk Noordegraaf	

De samenstelling van de Bronkhorst commissie is het afgelopen jaar verandert. Wat hetzelfde gebleven is, is de succesformule die het colloquium tot een perfecte bijscholingsgelegenheid voor longartsen (i.o.) maakt. Het afgelopen jaar stond longkanker centraal. Tezamen met onze Belgische collega's was er een prachtig programma gemaakt wat hoog gewaardeerd werd in de evaluatie. Het volgende seizoen staat infectieziekten centraal en ook dit belooft een heel mooi programma te worden, wat u zeker niet wil missen.

En dit brengt mij op het enige minpuntje aan het colloquium: er zijn steeds meer aanmeldingen dan plaatsen. Met name Veldhoven is snel volgeboekt. Daarom is er wat mij betreft maar een min puntje aan het colloquium en dat is dat het aantal plaatsen, met name in Veldhoven beperkt is. Er is hiervoor geen goede oplossing behoudens dat snelle aanmelding de beste garantie geeft voor plaatsing. Ik hoop u allen in november te zien.

Mede namens de hele Bronckhorst Commissie,

Anton Vonk Noordegraaf

Commissie Cursorisch Onderwijs (CCO) Jaarverslag 2015*Samenstelling 2015*

Dr. René (R.E.) Jonkers	voorzitter
Dr. Joost (J.G.) van den Aardweg	secretaris
Dr. Bonne (B.) Biesma	
Dr. Peter (P.T.W.) van Hal	
Dr. Cecile (C.) Magis-Escurra	
Dr. Rémy (R.L.M.) Mostard	
Dr. Wiel (W.C.M.) de Lange	
Joris (J.) ten Holder	
Bettine (B.) Vosse	

Inhoud cursussen

Door de Commissie Cursorisch Onderwijs worden de basiscursussen georganiseerd ten behoeve van de aios in opleiding tot longarts. De aios zijn verplicht aan het eind van de opleiding alle cursussen te hebben gevolgd. In 2015 zijn alle basiscursussen georganiseerd: pathofysiologie van de ademhaling (3 dagen), oncologie (3 dagen), beeldvormende technieken (2 dagen), allergie/immunologie (3 dagen), infectieziekten (2 dagen), tuberculose (3 dagen), endoscopische technieken (1 dag).

Veranderingen en overwegingen t.a.v. de inhoud van het onderwijs.

- Binnen de cursus beeldvormende technieken wordt nu ook echo-onderzoek van de thorax behandeld
- De Werkgroep Endoscopie kijkt naar mogelijkheden om de aios ergens centraal in Nederland hands-on onderwijs te kunnen geven
- Binnen het huidige onderwijs ontbreekt brede aandacht voor de onderwerpen pulmonale hypertensie (PH) en slaap al komen beide binnen de longfunctie cursus wel aan de orde. Overwogen wordt PH binnen de cursus allergie/immunologie te behandelen.
- Vanuit de werkgroep COPD is het verzoek gekomen om binnen het cursorisch onderwijs invulling te geven aan dit onderwerp. De commissie is van mening dat dit voldoende gedekt wordt in het centraal en lokaal onderwijs en in de diverse nascholingen zoals Bronkhorst en Longartsenweek.

Organisatie van het cursorisch onderwijs

Iedere nieuwe aios 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.

De inschrijftermijn voor de cursussen zal verkort worden naar 2 weken zodat arts-assistenten gestimuleerd worden sneller in te schrijven.

Regel is dat er in principe geen dispensatie verleend wordt. Bij afwezigheid door ziekte of andere dringende omstandigheden dient de opleider een verklaring af te geven en wordt de dag opnieuw ingepland.

Er loopt een proef van een jaar met digitale invulling van de evaluatieformulieren.

Algemene opmerkingen t.a.v. het beleid van de commissie.

In afwachting van het aanpassen van het scholingsbeleid van de NVALT in brede zin is besloten om de cursussen voorlopig in het huidige format voort te zetten. Vanuit de assistentengroep wordt de opzet gewaardeerd. Toetsing vindt plaats in het kader van het jaarlijkse HERMES-examen; dit sluit echter niet optimaal aan op de gegeven cursussen.

Per cursusdag wordt van iedere AIOS een eigen bijdrage gevraagd, die uit het opleidingsbudget gedeclareerd kan worden.

De commissie dankt de sprekers en het secretariaat van de NVALT voor de goede organisatie en ondersteuning.

René Jonkers, voorzitter

Concilium (CLT)- tevens PVC Jaarverslag 2015*Samenstelling:*

Dr. Leon (L.M.) van den Toorn	voorzitter
Prof. dr. Egbert (E.F.) Smit	secretaris
Dr. Jaring (J.S.) van der Zee	namens de RGS
Dr. Anneke (A.) ten Brinke	
Dr. Monique (M.M.H.) Hochstenbag	
Jolanda (J.C.) Kuijvenhoven	tot 1 oktober 2015
Hester (H.M.) van Groningen	
Dr. Rob (R.E.T.) Nocker	
Dr. Ben (B.E.E.M.) van den Borne	
Ineke (A.C.) van Haften-van der Schee	
Prof. Dr. Christian (C.) Taube	
Wouter (W.H.) van Geffen	tot 1 augustus 2015
Joris (J.T.) ten Holder	

Het Concilium heeft in 2015 een dynamisch jaar gekend. Na hun enthousiaste inzet moest er afscheid worden genomen van twee Concilium leden, te weten Jolanda Kuijvenhoven en Wouter van Geffen. Als nieuwe lid werd verwelkomd Joris ten Holder, waarmee het Concilium weer compleet was. In 2015 heeft het Concilium tweemaal plenair en éénmaal

telefonisch vergaderd. Daarnaast werd er zowel telefonisch als via de e-mail intensief overlegd over zaken als het RIO (realisatie individualisering opleidingsduur) project, het nieuwe opleidingsplan, het beleidsrijk toewijzen van nieuwe aios aan de diverse OOR, Mijn RGS en andere zaken die de opleiding aangaan. Tevens werd er regelmatig vergaderd binnen de Raad Opleiding waarbij vergelijkbare onderwerpen de revue passeerden. Met betrekking tot het beleidsrijk toewijzen werd in overleg met BOLS besloten de toewijzing van aios voor 2016 voor 50 % te baseren op historische instroom, en voor 50 % op patiënten aantallen (klinisch en poliklinisch) in de opleidingsziekenhuizen in de diverse OOR. Tevens werd een commissie gevormd, bestaande uit Eric van Haren, Frank Smeenk, Bianca van Veggel en Leon van den Toorn die zich toe ging leggen op het up-to-date maken van het landelijke opleidingsplan, waarvoor de commissie reeds diverse malen is samen gekomen en tot op heden voortvarend te werk is gegaan. Een eerste concept is op 1 oktober 2015 in een Invitational besproken met de opleiders en de aios. In januari 2016 wordt het nieuwe opleidingsplan voorgelegd aan de CGS. E.e.a. moet tevens leiden tot het herschrijven van het specifiek besluit longziekten. In 2015 werden de volgende opleidingsklinieken gevisiteerd:

16 januari VUMC Amsterdam
27 maart LUMC Leiden
26 juni JBZ 's-Hertogenbosch
4 september MCA Alkmaar
11 september SFG Rotterdam
9 oktober MCL Leeuwarden
11 december Isala Klinieken Zwolle

Hierbij konden de rapporten ruim binnen de daarvoor geldende termijn aan de RGS worden voorgelegd. De visitaties zijn geleidelijk qua opzet veranderd waarbij er een geleidelijke overgang wordt gezien van 'vinken' naar 'vonken', en de visitatiecommissies zich meer en meer zijn op gaan stellen als partner die meedenkt over de structuur van de opleiding.

Namens de NVALT bleef Frank Smeenk betrokken bij de Europese harmonisatie van de opleidingen tot medisch specialist en vertegenwoordigde Dr. J.S. van der Zee het Concilium in de RGS.

Leon van den Toorn, voorzitter Concilium.

Commissie Richtlijnen (CRL) Jaarverslag 2015

Samenstelling:

Dr. Toby (A.) Dijkstra	voorzitter
Dr. Hanneke (J.M.) Kwakkel-van Erp	secretaris
Dr. Folkert (F.) Brijker	tot juli 2015
Drs. Wessel (W.E.J.J.) Hanselaar	tot februari 2015
Dr. Joline (J.S.W.) Lind	namens assistenten
Dr. Cécile (C.) Magis-Escurra	
Dr. Marieke (M.J.) Overbeek	
Dr. Jos (J.M.) Rooijackers	
Dr. Leon (L.M.) van der Toorn	
Drs. Nicole (N) Verheijen	
Pieter (P.) Broos MSc.	kwaliteit beleidsmedewerker KIMS

In 2015 vergaderde de Commissie Richtlijnen eenmaal op locatie en tweemaal telefonisch. Behalve lopende zaken van allerlei richtlijnprojecten waarbij de NVALT betrokken is zijn het afgelopen jaar een aantal bredere thema's behandeld.

Opstellen van een meerjarige-agenda

De Commissie Richtlijnen heeft in de afgelopen jaren gezien dat er een verschuiving is opgetreden in haar werkveld en merkt dat de nadruk nu meer ligt op het onderhouden dan op het ontwikkelen van richtlijnen. In het afgelopen jaar heeft de commissie beoordeeld welke richtlijnen de hoogste prioriteit hebben om herschreven te worden en welke richtlijnen komen te vervallen. Richtlijnen zullen waar nodig worden samengevoegd. Daarnaast wordt beoordeelt op welke gebieden hiaten zijn. Tot slot werkt de commissie aan het beleidsplan richtlijnontwikkeling waarin voor de komende jaren de doelstellingen, onderhoud en implementatie van richtlijnen in het algemeen beschreven zullen worden.

Modulair onderhoud van richtlijnen

De landelijke tendens is om richtlijnen in modulaire vorm op te stellen waarbij het mogelijk is om alleen modules aan te passen zodat richtlijnen actueel blijven. Dit is van groot belang aangezien nieuwe therapeutische inzichten van grote invloed zijn op professioneel handelen en een verandering in richtlijn niet alleen professionele en organisatorische aspecten met zich mee brengt, maar ook juridische implicaties heeft. Een deel van de bestaande richtlijnen zijn inmiddels in modulaire vorm ondergebracht in de RichtlijnenDatabase. Alle toekomstige nieuwe en herziene richtlijnen/modules zullen in de richtlijnen-database worden opgenomen.

Kwaliteitseisen aan richtlijnen

Voor een aantal richtlijnen zal elke 5 jaar een revisie van de

richtlijn nodig zijn maar sommige richtlijnen zijn door nieuwe ontwikkelingen en inzichten eerder aan revisie toe. Voorwaarde blijft dat de richtlijnen moeten voldoen aan een aantal criteria. Richtlijnen van de NVALT worden opgesteld conform de eisen vermeldt in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010), dat een internationaal breed geaccepteerd instrument is.

Voor een stap-voor-stap beschrijving hoe een evidence-based richtlijn tot stand komt wordt verwezen naar het stappenplan 'Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen' van het Kennisinstituut van Medisch Specialisten.

Vertegenwoordiging van NVALT in richtlijnprojecten

Regelmatig ontvangt de NVALT het verzoek een longarts af te vaardigen in een richtlijnwerkgroep. De commissie richtlijnen hecht er waarde aan dat dergelijke verzoeken via de commissie verlopen. Op deze manier wordt gewaarborgd dat een longarts die participeert in een werkgroep dit doet namens én met het mandaat van zijn achterban. Indien u buiten NVALT verband wordt benaderd voor deelname aan de ontwikkeling van een richtlijn, verzoekt de CRL u dit in een zo vroeg mogelijk stadium aan de CRL te laten weten (voorzitter Toby Dijkstra emailadres: tdijkstra@rijnstate.nl).

Geautoriseerde richtlijnen

In 2015 zijn geautoriseerde/geaccordeerde richtlijnen/statements: modules richtlijn NSCLC waaronder module Palliatieve radiotherapie, richtlijn Medicamenteuze behandeling TBC, richtlijn Dyspneu in de palliatieve fase,

Lopende richtlijnprojecten

De volgende richtlijnen zijn in ontwikkeling: Beroepsastma, Tuberculose en TNF-alfa blokkerende therapie, Acute exacerbaties van COPD in het ziekenhuis, Non CF bronchiëctasieën /recidiverende lagere luchtweg infecties. De richtlijnen Tabaksverslaving, Pleuravocht en OSAS worden herzien.

Hanneke Kwakkel-van Erp, secretaris

Commissie Tuberculose (CTB) Jaarverslag 2015

Samenstelling:

Dr. Martin (M.J.) Boeree voorzitter
 Dr. Rob (N.A.H.) van Hest secretaris
 Drs. Onno (O.W.) Akkerman
 Dr. Marleen (M. Bakker)
 Drs. Ineke (A.C.) van Haeften-van der Schee
 Drs. Wouter (W.) Hoefsloot

Drs. Wiel (W.C.M.) de Lange
 Dr. Cécile (C.) Magis-Escurra
 Drs. Marlies (E.A.M.) Mensen (vertegenwoordiger VvAwT)
 Drs. Reindert (R.P.) van Steenwijk.
 Dr. Paul (P.D.L.P.M.) van der Valk
 Dr. Gerard (G.) de Vries
 Jolanda (J.) Kuijvenhoven MSc. (vertegenwoordiger arts assistenten)

De commissie belegde in 2015 twee vergaderingen op een centrale locatie. Rond de verdere uitwerking van de NVALT *Statement* 'Tuberculose en TNF- blokkerende therapie' volgens CBO systematiek en de kwaliteitsstandaard NVALT richtlijnen, met gebruik van EBRO methodiek, was weinig ontwikkeling gedurende 2015 te noteren. In 2014 werd een CBO richtlijn werkgroep opgericht. Vanuit de commissie tuberculose hebben Marleen Bakker, Rob van Hest en oud-lid Paul van der Valk zitting in deze werkgroep. Vanuit de Vereniging voor Reumatologie was Harold Vonkeman bereid toe te treden. Pieter Broos werd ingeschakeld als kwaliteitsfunctionaris NVALT om het traject te begeleiden. Paul van der Valk zou in 2015 de EBRO cursus over de systematiek van de richtlijnontwikkeling te volgen maar deze cursus vond geen doorgang en hij zal nu de cursus in het voorjaar 2016 volgen. Een subsidieaanvraag bij de SKMS is, onder voorwaarde van breed draagvlak onder reumatologen, dermatologen, MDL-artsen, etc. voor de richtlijn, goedgekeurd.

Verder werd aandacht besteed aan de rol van de longarts in de context van een te verwachten daling van de tuberculose-incidentie in Nederland. Aspecten als centralisatie van tuberculosezorg, de regulering van eventuele veranderingen, verschuiving van de kliniek naar meer extrapulmonale tuberculose, het voldoen aan minimum opleidingseisen, de rol van de longarts bij de pre-TNF-alfa blokkers screening en de rol van de GGD bij sociaal gecompliceerde tuberculosepatiënten, werden besproken. Tevens werd uitgebreid stilgestaan bij het concept Nationaal Plan Tuberculosebestrijding 2016-2020 van RIVM en KNCV Tuberculosefonds, met name bij de hoofdstukken over diagnostiek en behandeling, en multiresistente tuberculose. Een punt van zorg is de afnemende expertise op het gebied van diagnostiek en behandeling van tuberculose door een dalende trend in de aantallen tuberculosepatiënten. Onderwerpen als centralisatie van zorg, de rol van de klinisch consulenten, het grote aantal laboratoria dat tuberculose-diagnostiek verricht, multidisciplinaire patiëntenbesprekingen en de aandacht voor latente tuberculose-infecties werden belicht. Er werd een opzet gemaakt voor een verzoek aan het NVALT bestuur het klinisch consulentenschap tuberculose bij de NVALT onder te brengen, met gezamenlijke evaluatie met de KNCV Tuberculosefonds.

Voor het opleidingsplan Longziekten werd door twee leden van de commissie (Onno Akkerman en Cecile Magis) een opzet gemaakt voor een verdiepingstage op verzoek van de werkgroep update opleidingsplan Longziekten. In de commissie werd vooral gediscussieerd over een aparte stage tuberculose of een gecombineerde stage met infectieziekten. De commissie Tuberculose ondersteunt het Sanofi voornemen om centrale EU registratie van Rifapentine aan te vragen. Voorzitter en secretaris voerden op uitnodiging van de firma een gesprek met hen hierover.

De commissie Tuberculose gaf er eerder de voorkeur aan een commissie te blijven en geen sectie of werkgroep. Het bestuur van de NVALT is van mening dat positionering en de taken van de commissie tuberculose in de nieuwe verenigingsstructuur beter passen bij een sectie. In 2016 zal de commissie Tuberculose verdergaan als sectie Tuberculose, met alle nieuwe verplichtingen. Het belette de commissie niet om ook in 2015 scholing te organiseren. Op 5 en 6 november 2015 werd door enkele commissieleden (Onno Akkerman, Marleen Bakker, Rob van Hest en Gerard de Vries), in samenwerking met andere sprekers van Erasmus MC en Paul van der Vlak wederom de tweedaagse cursus "Masterclass Tuberculose" voor longarts-tuberculose-coördinatoren gehouden. Ook nascholing blijft op de agenda van de Commissie Tuberculose, zoals participatie in organisatie en presentatie op de Nederlandstalige Tuberculose Diagnostiek Dagen en de VvAwT studiedagen in combinatie met de 'terugkomdag' van de longarts-tuberculose-coördinatoren.

Rob van Hest, Secretaris

Commissie Visitatie Longziekten (CVL) Jaarverslag 2015

Samenstelling:

Frans (F.H.) Krouwels	Voorzitter (t/m 31 oktober 2015)
Eva (E.C.) van Dooren-Coppens	Voorzitter (vanaf 31 oktober 2015)
Karen (K.T.M.) Oud	Secretaris
Klaas (K.W.) van Kralingen	
Ralph (R.J.H.) Koppers	
Thomas (Th.) Macken	
Ronald (M.J.) Meijer	
George (G.D.) Nossent	
Bart (H.D.) Luijk	
Chantal (C.W.H.M.) Kroese-Bové	
Hans-Jurgen (J.J.) Mager	
Henk (H.J.A.M.) Otten	
Geert (G.N.) Rootmensen	

In 2015 is opnieuw veel aandacht en tijd besteed aan het opstellen van het rapport 'Normering en waarderingssystematiek voor de kwaliteitsvisitatie van de longgeneeskundige praktijkvoering'. Dit is een nieuwe manier van beoordelen die inmiddels door alle wetenschappelijke verenigingen is overgenomen waarbij het doel is de kwaliteit op een nog meer systematische, objectieve en transparante manier te toetsen. Hiervoor is een stelsel van waarden en normen ontwikkeld, uitgedrukt in een set van minimale eisen waaraan de kwaliteit van de longgeneeskundige zorg dient te voldoen. Op basis daarvan formuleert de commissie ad hoc een van de volgende adviezen: voorwaarden, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen, met daaraan gekoppelde rapportage termijnen. Er is een begin gemaakt met het digitaliseren van dit systeem naar landelijk format.

In 2015 zijn 17 visitaties verricht.

Er zijn 4 plenaire vergaderingen belegd ter bespreking van de visitatierapporten.

Tijdens het zittingsjaar hebben H. Otten, F. Krouwels, K. van Kralingen, T. Macken, en R. Koppers afscheid genomen van de commissie. De vacante plaatsen worden ingevuld door H.J. Mager, G. Rootmensen en A. van Veen (per januari 2016).

Eva van Dooren, voorzitter CVL
Karen Oud, secretaris CVL

Sectie Assistenten (ASS) Jaarverslag 2015

Samenstelling:

Bianca van Veggel	voorzitter
Joline Lind	secretaris
Hester van Groningen	
Marth Paats	
Florine van der Vegt	
Gea Slingerland-Helfrich	
Joris ten Holder	
Marjolein van Es	
Lisette Romme	

De collegae van Kuijvenhoven, van Geffen en Vosse hebben in 2015 de sectie verlaten. De sectie dankt hen voor hun enorme inzet gedurende de afgelopen jaren en wenst hun veel succes in hun carrière als longarts. De collegae Paats, Slingerland-Helfrich, Romme en van Es zijn in 2015 als nieuwe leden bij de sectie gekomen.

Het afgelopen jaar zijn wij nauw betrokken geweest bij het opstellen van het nieuwe opleidingsplan. Een van de grootste veranderingen is het vervangen van de huidige themakaarten door een kleiner aantal EPAs (Entrustable

Professional Activities). Door het aftekenen van deze EPAs zal de aios meer zelfstandig te werk kunnen gaan wat wij als een positieve verandering zien. Wij zijn ook blij dat er meer expliciete aandacht is voor overige competenties zoals leiderschap en onderwijs. Ook zien wij de mogelijkheid voor verdiepingstages als een vooruitgang en het bestuur vindt het heel belangrijk dat er in de praktijk ook echt ruimte voor is en zullen hier nauw op letten als het opleidingsplan is ingevoerd. Uit de evaluatie van het coachingproject is gebleken dat er behoefte is onder laatstejaars aios aan meer aandacht in de opleiding voor zaken zoals medisch management, lid zijn van een maatschap, solliciteren, praktijkorganisatie en financiën. Dit is geen onderdeel van het opleidingsplan maar ons voorstel is om een (verplichte) landelijke dag in te voeren in het laatste opleidingsjaar.

In maart waren wij aanwezig als exposant op de KNMG Carrièrebeurs in Nieuwegein. Wij hebben daar veel medische studenten enthousiast gemaakt voor de opleiding Longziekten en Tuberculose en hopen een aantal binnenkort te kunnen verwelkomen als nieuwe collega's.

De assistentenmiddag die wij op 3 oktober hielden was een groot succes. Het bestond uit een gezellige en lekkere lunch na het Hermes examen met aansluitend een leuke pub quiz. Er was een grote opkomst van ongeveer 75 man. Aan de vele positieve reacties kan worden afgeleid dat deze formule (gekoppeld aan het Hermes examen) goed bevalt. Het aios bestuur is alweer enthousiast bezig met het plannen van de volgende assistentendag en wij hopen in 2016 weer een mooi programma aan te bieden.

Verder zijn wij afgelopen jaar begonnen met het moderniseren en updaten van het aios gedeelte van de NVALT website. Zo is bijvoorbeeld de boekenlijst vernieuwd en zal er binnenkort een lijst van interessante congressen voor aios opstaan. In 2016 zullen wij hier verder aan werken.

Joline Lind, secretaris

Werkgroep Astma & Allergie (WAA) Jaarverslag 2015

Els (E.J.M.) Weersink Voorzitter
Ilonka (H.P.A.A.) van Veen Secretaris

In 2015 heeft de sectie drie keer vergaderd, in januari, juni en september. Diverse zaken zijn hierbij aan de orde geweest:

- Astma zorgnetwerken: er werd meerdere keren gediscussieerd over de indeling van de astma zorg in netwerken waarbij astma zorg werd gedefinieerd in 1e, 2e en 3e lijns ziekenhuizen alsmede expertisecentra waarin de onderlinge samenwerking centraal staat. In

2016 zal dit verder worden vormgegeven.

- Astma in de praktijk: er zijn presentaties gegeven door Anneke ten Brinke, longarts MCL, over eendagsdiagnostiek bij second opinions voor moeilijk behandelbaar astma en Saar van Nederveen, longarts Haga ziekenhuis, over samenwerking in astmazorg met de eerste lijn oa door het starten van een zwangerschapspoli voor astmapatienten, eendagsdiagnostiek voor astma en afspraken over (terug-) verwijsbeleid.
- Onderzoek: diverse keren is aandacht besteed aan de gerandomiseerde trial die is opgestart om het effect van hooggebergte- en laaglandvalidatie te vergelijken bij patienten met ernstig astma. Daarnaast is de Tasma trial toegelicht: onderzoek naar de effecten van thermoplastiek bij patienten met ernstig astma (samenwerking AMC/UMCG).
- Verder werd een onderzoeksprotocol besproken (Els Weersink) met als doel karakteristieken van patienten te inventariseren die wegens een astma exacerbatiewe worden opgenomen op de intensive care, dit zal nog verder inhoudelijk en vwb financiering worden uitgewerkt.
- Landelijk gezien heeft de NRS (Netherlands Respiratory Society) een roadmap opgesteld om research op longgeneeskunde gebied in Nederland te optimaliseren.
- Database: aandacht werd besteed aan de ontwikkeling van een ernstig astma database met als doel landelijk een overzicht te krijgen van alle ernstig astmapatienten, hun karakteristieken en ingestelde behandeling (Rhapsody database). Pilot is inmiddels gestart.

Ilonka van Veen, secretaris

Werkgroep Ademhalingsstoornissen (WAS)

Jaarverslag 2015

Roel (R.M.) Aleva	Voorzitter
Jerryll (J) Asin	Secretaris
Peter (P.J.) Wijkstra	Wetenschappelijk secretaris

Bestuurlijk verslag

- Aanstelling nieuwe voorzitter. De NVALT gaat een herstructurering doorvoeren om haar slagvaardigheid te vergroten. Een van de veranderingen is dat de werkgroepen secties zullen worden. WAS wordt dus SAS. Er komt een reglement voor de secties waarin o.a. staat aangegeven dat het bestuur van een sectie een zittingstermijn heeft van 4 jaar en dat het eenmalig kan worden verlengd. Het huidige bestuur is tegelijk begonnen en zit nu bijna twee jaar. Om de in- en uitstroom van bestuursleden niet steeds tegelijk te laten plaatsvinden

is het nu een geschikt moment om een wisseling van het bestuur te laten plaatsvinden. De voorzitter Roel Aleva stelt zijn positie beschikbaar. Het bestuur van WAS stelt voor om Monique Klaaver als nieuwe voorzitter te benoemen per 1 januari 2016. Dit wordt bij acclamatie aangenomen. Monique heeft zich reeds verdienstelijk gemaakt voor WAS ten aanzien van de pilot van EDC en houdt zich bezig met de herinrichting van de follow-up van patiënten met OSAS.

- OSA-diagnostiek in de eerste lijn: In verband met initiatieven bij de eerstelijns diagnostische centra (EDC) om polygrafieën in de eerste lijn uit te voeren, zijn drie pilots uitgevoerd in de regio Eindhoven, Utrecht en Rotterdam. Monique Klaaver deed verslag van het eindrapport wat verschenen is n.a.v. deze pilots.
Conclusie: PG in de eerste lijn kan (met supervisie beoordeling tweede lijn), screening CVRM lijkt niet efficiënt (lage respons, maar indien PG 68% OSA), sterke twijfels of het wel tot kostenreductie gaat leiden (vage berekening kosten PG in de tweede lijn). De vraag is ook of de eerste lijn bereid is of klaar is om OSAS-diagnostiek in de eerste lijn te gaan ondersteunen. De huisartsenvereniging blijft vooralsnog neutraal hierin. Het zijn meer de initiatieven van de EDC's dan die van de huisartsen.
- Omschrijving niveau van kennis en kunde m.b.t. slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen. Op verzoek van het NVALT-bestuur is door de SAS een model uitgewerkt, waarbij het niveau van kennis en kunde van de specialist en zijn kliniek m.b.t. slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen in de basis en als verdieping gedefinieerd. De basis was reeds beschreven met de randvoorwaarden in het kwaliteits-visitatiedocument. De training van de longarts in opleiding tot 'basis-deskundige' moet in de herziene opleiding tot longarts worden vastgelegd. Tijdens de laatste vergadering is de verdieping in de respiratoire slaapgeneeskunde omschreven. Er was veel discussie over de inhoud van document, met name op welke vlakken de verdieping in de respiratoire slaapgeneeskunde zou moeten plaatsvinden. Uiteindelijk is een concept goedgekeurd. Het concept zal nog wel gedetailleerder moeten worden uitgewerkt. Samenhangend hiermee is een omschrijving van een verdiepingstage voor aios op verzoek van de commissie herziening opleiding van de NVALT gemaakt. Uiteraard kan dit document nog verder worden aangepast.
- Visitatie respiratoire slaapgeneeskunde. Aangenomen in NVALT-najaarsvergadering 2014. Het van de commissie nu werkelijk operationeel te maken, is de vragenlijst geoptimaliseerd en geaccepteerd na enkele kleine aanpassingen tijdens de vergadering. De visitatie respiratoire slaapgeneeskunde vindt plaats op papier, dus geen bezoek aan de kliniek. In 2016 zal het worden

geïntegreerd met de kwaliteitsvisitatie. De aanvraag hiervoor is facultatief en dient van te voren te worden aangegeven. De vragenlijst zal worden beoordeeld door een visitatiecommissie van de SAS. Op- en aanmerkingen n.a.v. de vragenlijst zullen worden besproken met de betreffende kliniek. Desgewenst zal tijdens de kwaliteitsvisitatie de kliniek beoordeeld worden. Tot de eerst volgende visitatie nieuwe stijl bestaat er de mogelijkheid voor de klinieken, die net zijn gevisiteerd, om separaat van de kwaliteitsvisitatie (oude stijl) hun kliniek voor respiratoire slaapgeneeskunde te laten beoordelen door de visitatiecommissie van de SAS. Er is een commissie samengesteld, die de beoordeling zullen verrichten. Certificering is gewenst. Dit geldt ook voor het verder implementeren van de interne prestatie-indicatoren. Er wordt van ons zelf verwacht en door externe stakeholders gevraagd, dat we inzicht geven in ons handelen.

- Follow-up OSAS-patiënten. Monique Klaaver presenteerde de dilemma's van follow-up bij patiënten met OSAS. Bij een groot aantal patiënten gaat het goed met hun behandeling. Voor deze categorie is het maar zeer de vraag of een terugkerend consult bij de longarts bijdraagt aan de kwaliteit van de reeds ingezette behandeling. Aan de andere kant wil je als hoofdbehandelaar wel een soort vangnet of toegang bieden voor de patiënten die problemen hebben met de slaap en/of hun behandeling. Een aantal opties passeren de revue. De ApneuVereniging heeft eveneens een standpunt geformuleerd. Huisartsen zouden ook een deel van de follow-up kunnen (gaan) doen maar zijn er nu niet voor geëquipeerd. Bovendien hebben patiënten ook een eigen verantwoordelijkheid om bij hun behandelaar aan de bel te trekken als het hun minder goed gaat. De mogelijkheden van e-health lijken kansrijk in de nabije toekomst en moeten nader worden onderzocht. De nieuwe richtlijn kan hieraan richting geven.
- Richtlijn OSAS. Er zal een herziening van de richtlijn OSAS voor volwassenen plaatsvinden. Herwin Machiels zal de nieuwe voorzitter worden. Daarbij krijgt hij in ieder geval ondersteuning van Lisette Venekamp en Petra Vos. Vanuit de SAS is het verzoek gekomen om de follow-up van OSAS-patiënten nog eens onder de loep te nemen. Het afgelopen jaar zijn meerdere updates geweest van de stand van zaken. Inmiddels zijn ook de andere gremia benaderd om te participeren.
- CBR. Er is een ontmoeting geweest met CBR en KNMG en meerdere beroepsverenigingen, waaronder NVALT/SAS, over het formulier dat ingevuld moet worden t.b.v. rijgeschiktheid. Hiertegen worden vanuit de diverse beroepsverenigingen bezwaren gemaakt. Er zal opnieuw overleg worden geïnitieerd om tot een beter formulier te komen. Dit zal worden geagendeerd op een SAS-

vergadering als een concept beschikbaar is.

- ICD10 en DOT-registratie. Het blijkt dat de mate waarin ICD10 kan worden opgenomen in de DOT-registratie afhankelijk is hoe het EPD is ingericht. Een tweede punt van aandacht is dat een aantal in ICD10 genoemde slaapstoornissen niet afleiden naar poly(somno)grafie zodat dit onderzoek niet gedeclareerd kan worden. Een derde punt van aandacht is dat bij parallele DBC's alleen de hoofdbehandelaar de DOT mag declareren. Een longarts die OSAS diagnosticeert, maar de KNO-arts de behandeling verricht, kan de DOT niet declareren. Dat zal de KNO-arts dan dus doen. Het advies uit de zaal was duidelijk dat conservatieve behandeling met slaaphygiënische adviezen óók een behandeling is en dat het recht geeft om de DOT te declareren. Die conservatieve behandeling moet wel heel duidelijk in het dossier zijn vermeld.
- Aanvraag vergoeding slaappositietrainer en hypoglossusstimulatie. Toby Dijkstra meldt dat de SAS namens het NVALT-bestuur gereageerd heeft op de beoordeling/ondersteuning van de aanvraag door de beroepsvereniging van de KNO vereniging 'hypoglossus stimulatie en de slaappositietrainer als behandeling voor OSA' bij Zorginstituut Nederland. Samen met Peter Wijkstra en Roel Alewa is hij uitgenodigd een en ander toe te lichten. Ook de Apneuvereniging, de KNO-vereniging en de kaakchirurgische/tandheelkundige vertegenwoordigers waren hierbij betrokken.
- Overkoepelende slaaporganisatie: Er is op initiatief van enkele somnologen in den lande een bijeenkomst georganiseerd. Het doel van de invitational conference die plaats vond op 29 april 2015 in het St. Antonius Ziekenhuis, Leidsche Rijn, was:
 - Gezamenlijke ambities voor de toekomst formuleren
 - Inventariseren draagvlak voor de oprichting van een nieuwe vereniging met focus op klinische slaapgeneeskunde
 - Brainstormen over de invulling van zo'n vereniging
 - Besluit over vervolgstappen

Er is voldoende draagvlak voor het oprichten van een nieuwe vereniging die te beginnen een overkoepelende rol zou moeten krijgen. Er is besloten tot het oprichten van de SVNL (Slaapvereniging Nederland). Begin 2016 zal de oprichtingsvergadering plaatsvinden. In samenwerking met diverse beroepsgroepen is besloten tot het organiseren van een groot (meerdaags) slaapcongres in het najaar van 2016. Het bestuur van de SVNL en het bestuur van de NSWO, zullen beiden als gelijkwaardige partners de regie op zich nemen. De hoop is dat hiermee draagvlak ontstaat voor een verdere samenwerking en mogelijk een overkoepelende vereniging.

Wetenschappelijk verslag (presentaties)

- Sleep Position Trainer versus Tennis Ball Technique in Positional Obstructive Sleep Apnea Syndrome (Michiel Eijsvogel, MST)
- Philips OSAS werknemers onderzoek (Michiel Eijsvogel, MST)
- Centraal slaapapneu: behandelstrategie (Hans Kemming, CTB Utrecht)
- Update van chronische NIV bij COPD (Peter Wijkstra, UMCG)
- Vaat-anomalieën en OSAS? (Reindert van Steenwijk AMC)
- Pre- en postoperatieve maatregelen bij OSAS-patiënten. (Herre Reesink, St. Antonius, Nieuwegein)
- Richtlijn OSAS, welke vragen liggen voor? (Herwin Machiels, Tilburg)

Jerryll Asin, secretaris

Werkgroep Ademhaling tijdens Sport en Hobby onder Bijzondere Omstandigheden (WASHBO) Jaarverslag 2015

Emile (E.F.L.) Dubois

Voorzitter

Jelle (J.R.) Miedema

Secretaris

In 2016 is de sectie ASHBO tweemaal bij elkaar gekomen om de laatste hand te leggen aan de positionpaper duiken en hoogte. Door verschillende deelnemers werd in 2015 literatuurstudie gedaan per onderdeel op gebied van duiken en hoogte.

Er werd afgesproken om in samenwerking met de Scott Haldane Organisatie (duikgeneeskunde) een consensusbijeenkomst te houden op Bonaire in juni 2016 tijdens de cursus duikgeneeskunde voor longartsen. Er werd verkennend nagedacht over onderzoek met hyperbare zuurstof bij bijvoorbeeld anaerobe infecties. Tevens was er een voordracht van hyperbaar geneeskundige R. Bol Raap.

Jelle Miedema, secretaris

Werkgroep Cystic Fibrosis (WCF) Jaarverslag 2015

Dr. Monique (M.H.E.) Reijers

Voorzitter

R. Hester (H.) van der Vaart

Secretaris

In 2015 heeft de werkgroep Cystic Fibrosis een verandering van het voorzitter/secretariaat doorgemaakt. Aangezien veel van de doelen van de werkgroep CF worden belegd in andere gremia in samenwerking met NCFS (zorg, research, kwaliteit), werd besloten tot een meer uitgedeelde

werkgroepsvorm waarbij de werkgroep vooral als klankbord voor onafhankelijke besluitvorming en advisering aan het NVALT bestuur zou functioneren. Hierbij bleek echter dat onvoldoende affiniteit met de ontwikkelingen in de CF wereld bleef bestaan, met andere woorden: belangrijke zaken bereikte de werkgroep onvoldoende en besluitvorming verliep fragmentarisch en ad hoc. Reden om aan het eind van 2015 opnieuw een vergadering (inmiddels voor 2016) te beleggen waarbij, mede aan de hand van de sectie reglementen en de ontwikkelingen in CF zorg naar een steviger georganiseerde sectie zal worden gestreefd. Issues die in 2015 in de sectie een belangrijke rol spelen zijn toegankelijkheid tot nieuwe (dure) geneesmiddelen en kwaliteitsinitiatieven.

Hester van der Vaart, secretaris

Werkgroep COPD Jaarverslag 2015

Dr. Frits (F.M.E.) Franssen Voorzitter
Drs. Remco (R.S.) Djamin Secretaris

Vergaderingen:

De werkgroep had in 2015 59 leden en heeft eenmaal vergaderd in het afgelopen jaar.

Behandelde onderwerpen waren: basale diagnostiek van COPD in de tweede lijn, aanlevering van gegevens omtrent COPD populatie aan zorgverzekeraars, opzet van landelijke COPD NVALT studies. Er zijn door bestuur van de sectie en diverse leden adviezen gegeven over: LAN inhalatieprotocollen, paragraaf Monitoring Zorgstandaard COPD en LAN knelpuntoverleg medicinale zuurstof.

Onderzoek:

Een tweetal onderzoeksvoorstellen voor landelijke COPD studies is in ontwikkeling. Één omtrent bètablokkers en lange termijn uitkomsten en één rondom systemische corticosteroiden en exacerbaties.

Onderwijs:

De commissie cursorisch onderwijs van de NVALT heeft het verzoek om COPD een plaats te geven in het onderwijscurriculum afgewezen.

Doelstellingen 2016:

Per april 2016 zullen Sami Simons (voorzitter) en Wendy Burgersdijk (secretaris) het nieuwe bestuur van de Sectie COPD vormen. Momenteel houdt de Sectie zich o.a. bezig met ontwikkeling van een normenset voor kwaliteitsvisiting. Verdere plannen zullen door het nieuwe bestuur worden gepresenteerd.

Frits Franssen, voorzitter

Werkgroep Endoscopie (WES) Jaarverslag 2015

Prof. Dr. Jouke (J.T.) Annema Voorzitter
Dr. Erik (H.F.M.) van der Heijden Secretaris

De werkgroep vergadert tweemaal per jaar, in voorjaar en najaar. Het afgelopen jaar was er een telefonische vergadering en een reguliere vergadering.

De SES is vertegenwoordigd in de ERS-taskforce 1.4 interventional pulmonology door Annema (voorzitter) en in de Board of Regents van de World Association for Bronchology and Interventional Pulmonology (WABIP) door van der Heijden. In 2015 was er tijdens de ERS een belangrijke inbreng zijn op het terrein van de endoscopie en interventie longziekten (ERS Live Endoscopy). Het WCBIP symposium zal in 2016 in Florence plaatsvinden. De werkgroep heeft na de ledenvergadering in het najaar de aan het NVALT bestuur aangeboden verdiepingstages besproken. Voorgesteld is een verdiepingstage complexe interventies (starre bronchoscopieën, stents, laserbehandelingen, experimentele behandelingen en thoracoscopie in een gedeelte stage in Amsterdam, Groningen en Nijmegen) en een aanbeveling verdiepingstage EUS en EBUS. Voorts zal in 2016 een voorstel gedaan worden voor het vernieuwen van onderwijs bronchoscopie door middel van implementatie van simulator onderwijs volgens een landelijk curriculum ingebed in een landelijk netwerk van de reeds aanwezige simulatoren in onder andere Amsterdam en Nijmegen. Ook zal een voorstel komen voor een curriculum transthoracale echografie.

Onderzoek

Tijdens de vergaderingen wordt uitgebreid stilgestaan bij lopend onderzoek en onderzoek in ontwikkeling. Lopende studies zijn de enkele studies over onder andere bronchoscopische longvolumereductie, longdenervatie (PI Slebos); thermoplasty TASMA (AMC en Groningen PI Annema/Bonta). Endo-echografie studies: EBUS SCORE, STAGE, Sarcoidosis en LAG (PI Annema), . Bronchoscopie vaatpatronen iSCAN multicenter study en EBUS elastography (PI vd Heijden).

Onderwijs

De WES heeft zich de afgelopen jaren ingezet naar verdere afstemming en stroomlijning van de verschillende initiatieven tot scholing en wil zich graag gaan inzetten om binnen de opleiding een structureel en herkenbaar curriculum interventielongziekten voor de AIOS op te stellen. Dit heeft geresulteerd in een NVALT opleidingsdag endoscopie die sinds 2014 succesvol is verlopen en zeer goed is ontvangen door de AIOS. De werkgroep zal zich in 2016 inzetten om een curriculum voor simulator gebaseerd onderwijs voor bronchoscopie in Nederland te gaan implementeren. Vanuit

de ERS wordt een training en accreditatie programma voor EBUS opgezet (online modules, cursus, simulator training en assessments).

Eric van der Heijden, secretaris

Werkgroep Interstitiële Longziekten (WIL)

Jaarverslag 2015

Prof. Dr. Jan (J.C.) Grutters	Voorzitter
Dr. Marlies (M.S.) Wijsenbeek	Secretaris
Dr. Remy (R.L.M.) Mostard	Assessor

De werkgroep interstitiële longziekten (WIL) heeft in 2015 een nieuw bestuur benoemd bestaande uit bovengenoemde leden en heeft twee keer regulier (13 mrt en 22 sept) en één keer telefonisch (16 dec) vergaderd. Deze vergaderingen werden bezocht door 15-25 leden en verliepen in een constructieve sfeer. Op 22 september werd de vergadering voorafgegaan door plenaire bespreking van enkele longfibrose-casus, die in de afgelopen periode waren voorgelegd aan het nationaal expert panel voor idiopathische pulmonale fibrose (EP-IPF).

Belangrijkste zaken die het afgelopen jaar speelden en hebben geleid tot diverse ontwikkelingen en nieuwe plannen in de WIL zijn:

- evaluatie van het 1^e jaar van het pirfenidon arrangement (11 mei)
- een nieuwe opzet voor landelijk IPF-register via onafhankelijke organisatie patientenregisters.nl
- opstellen reglement EP-IPF
- nationale NFU/STZ survey leidend tot erkenning van enkele centra tot officieel expertisecentrum voor één of meerdere interstitiële longaandoeningen
- ontwikkeling van criteria voor een ILD-behandelcentrum
- ontwikkeling van netwerken van ILD-behandelcentra rond erkende ILD-expertisecentra
- ontwikkeling van een voorstel voor landelijke ILD-verdiepingsstages en /of fellowships binnen erkende expertisecentra
- ontwikkeling van een voorstel voor regionale ILD-stage binnen het lokale/OOR opleidingsplan
- goedkeuring vergoedingsstatus voor 2^e fibroseremmer (Nintedanib) in Nederland (per 1 november 2015)
- ontwikkeling en publicatie standpunt biosimilar Infliximab bij sarcoïdose WIL
- aansluiting Nederland bij het Europese Referentie Netwerk (ERN) voor ILD

Terugkijkend was het een goed jaar waarbij een aanzienlijke

groep leden van de WIL/SIL een actieve rol heeft gespeeld om de ILD zorg in Nederland met elkaar naar een hoger plan te tillen.

Werkgroep Longinfectieziekten (WIZ) Jaarverslag 2015

Tjip (T.S.) van der Werf	Voorzitter
Menno (M.M.) van der Eerden	Secretaris

In 2015 is er twee keer vergaderd door de sectie Longinfectieziekten. Centraal punt was de matige opkomst. Recent is daarom besloten om een vergadering 'nieuwe stijl' op te zetten. Eén van de wijzigingen was dat er al in de middag begonnen gaat worden met vergaderen en dat er zo meer tijd ingepland kan worden voor presentaties van interessante publicaties, casuïstiek en research. De vergadering in oktober was meteen een succes vanwege een verdubbeling van het aantal aanwezigen t.o.v. de vorige vergadering.

Recente belangrijke publicaties: De waarde van toediening van het 13-valente conjugaatvaccin tegen pneumokokken (Prevenar 13) werd besproken voor de patiënten met chronische longaandoeningen. Tevens werd bediscussieerd wat de invloed zou zijn van de CAP-START studie op het huidige antibiotica beleid bij CAP. Ook zijn de laatste inzichten t.a.v. behandeling van longabces gepresenteerd.

Richtlijn: Een belangrijk onderdeel van de vergaderingen was het bespreken van de voortgang van de richtlijn Bronchiëctasieën. Doel is nog steeds om deze richtlijn eind 2016 af te ronden en te presenteren.

Research: Op het gebied van research is door Wim Boersma de Battle studie besproken.

Dit is een studie waarbij het effect van Tobramycine inhalatie onderzocht zal worden bij patiënten met bronchiëctasieën. Deze studie zal waarschijnlijk in 2016 van start gaan. Ziekenhuizen die geïnteresseerd zijn om mee te doen kunnen zich bij Wim Boersma aanmelden.

Opleidingsplan: Uitvoerig is stil gestaan bij de opleidingsplan Infectieziekten. De stage wordt bij voorkeur aangeboden door een CF centrum, aangezien de kennis en de behandeling van CF als onmisbaar onderdeel van de stage is benoemd. Er is nu besloten dat een perifeer ziekenhuis, die een track record heeft op longinfectieziekten de stage ook kan aanbieden, mits er door de aios een literatuur studie wordt uitgevoerd naar CF en een bezoek van minimaal een week wordt gebracht aan een CF centrum.

Onderwijs: De actieve leden van de SIZ zijn nauwelijks betrokken bij het aios onderwijs infectieziekten. Er zijn vragen

over de kwaliteit van het onderwijs. Recent is de cursusleider van het Infectieonderwijs herkozen, er is geen overleg hierover geweest met de SIZ. Dit zal teruggekoppeld worden aan het NVALT bestuur. Gernot Rohde is voorzitter van het ERS onderwijs en speelt een belangrijke rol bij het samenstellen van het HERMES examen. In het huidige aios onderwijs zou hiermee rekening gehouden kunnen worden.

Menno van der Eerden, Secretaris

Werkgroep Longfunctie (WLF) Jaarverslag 2015

Joost (J.G.) van den Aardweg voorzitter
Frans (F.H.C.) de Jongh secretaris

De sectie (destijds 'werkgroep') longfunctie is in 2015 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. De eerste bijeenkomst werd gehouden tijdens de wetenschappelijke vergadering van de NVALT. Elke vergadering omvat normaal 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. Ieder NVALT-lid kan een longfunctie-analist, onderzoeker of andere geïnteresseerde meenemen naar de bijeenkomst. De bijeenkomsten van onze werkgroep worden ook bijgewoond door (bestuurs)leden van de NVLA en SBLA. Onderwerpen tijdens de eerste bijeenkomst: 'The clinical expression of large and small airway dysfunction in asthma' (Erica van der Wiel, UMCG), 'Exercise induced bronchoconstriction in childhood asthma: development, diagnostics and clinical features' (Janneke van Leeuwen, UMCG), 'Bij wie bestaat er gevaar voor CO₂-stapeling na zuurstoftoediening en waarom?' (Joost van den Aardweg, MCA). Onderwerpen tijdens de tweede bijeenkomst: 'De NRS roadmap' (Peter Sterk, AMC), 'Houdingsafhankelijke CO-NO diffusie bij patiënten met pulmonale hypertensie' (Patrick Jak, VUMC), 'Volumetric capnography and CO/NO diffusion to exclude pulmonary embolism at the emergency room' (Timon Fabius, MST), 'Tight coupling between inspiration and expiration after the respiratory compensation point' (Nieskje de Groot, MCA). Er werd een klinische casus beschreven door Chris van der Grinten (MUMC).

De cursus "Ergometrie voor de longarts" is een vast jaarlijks onderdeel en werd ook in 2015 in Amsterdam gehouden. Het sterk interactieve karakter maakt de cursus uitermate geschikt om je (bij) te scholen op het gebied van interpretatie van

fietsergometriën. Ook dit jaar was de cursus, georganiseerd door A. Boonstra en de NVALT en volledig volgeboekt. De combinatie van een korte theoretische inleiding gevolgd door uitgebreide beoordeling van ergometrisch onderzoek in werkgroepen door de deelnemers zelf bleek wederom zeer goed aan te slaan en wordt in 2016 herhaald.

Joost van den Aardweg, Voorzitter

Werkgroep mesotheliomen (WMT) / Nederlands Asbestose Panel Jaarverslag 2015

Sjaak (J.A.) Burgers voorzitter
Hugo (J.H.) Schouwink secretaris
Noël (N.J.J.) Schlösser penningmeester
Robin (R.) Cornelissen bestuurslid

Naast de naamsverandering naar Sectie is tevens in 2015 het Nederlands Asbestose Panel officieel aan de Sectienaam toegevoegd na toestemming van het hoofdbestuur. Hierbij heeft dit panel een officiële status binnen de NVALT. Het panel doet de beoordelingen van de aanvragen bij het Instituut Asbestslachtoffers (IAS) voor financiële tegemoetkomingen voor asbestose. In het kader hiervan wordt iedere vergadering de stand van zaken van de beoordelingen doorgenomen, de relevante literatuur en de casus waarover geen unaniem oordeel over is gevormd.

Het tweede thema betreft de klinische mesotheliomenstudies in Nederland.

- De NVALT 19 studie (s.burgers@nki.nl) is inmiddels van start gegaan in meerdere Nederlandse centra. Het betreft een 'switch maintenance' chemotherapie met gemcitabine na de standaard 1^{ste} lijns chemotherapie. In een gerandomiseerde fase II studie wordt de toegevoegde waarde van gemcitabine in deze setting bestudeerd. Eind november waren meer dan 40 van de beoogde 124 patiënten geïncludeerd.
- De studie met 'dendritische-cel-therapie' studies in Rotterdam (Joost Hegmans, Rotterdam; j.hegmans@erasmusmc.nl, Joachim Aerts, Breda; jaerts@amphia.nl) zijn wisselend open.
- De EORTC studie naar de waarde van pleurectomie bij het mesotheliom is nog steeds NIET opgestart. Bij groen licht zullen 2 Nederlandse centra deelnemen (Erasmus UMC en AVL-NKI).
- In het AVL vordert onderzoek naar predictieve waarde van mesotheliomcelkweken op te geven chemotherapie.
- In verschillende centra zijn verschillende fase II studies met nieuwe chemo- en immunotherapeutica geopend.

Internationale congressen: in 2015 was er geen internationaal mesotheliomencongres. Er zullen vanuit de werkgroep abstracts worden verzonden naar de iMig in Birmingham (mei 2016).

Sjaak Burgers, Secretaris

Werkgroep Oncologie (WON) Jaarverslag 2015

Harry (H.J.M.) Groen voorzitter
Franz (F.M.N.H.). Schramel secretaris

Voor de werkgroep was 2015 een bewogen jaar. De introductie van immunotherapie heeft veel discussie opgeleverd binnen onze sectie, maar ook de registratie in DLCA (Dutch Lung Cancer Audit) heeft de sectie flink bezig gehouden. Vanwege de vele onderwerpen die besproken moesten worden, heeft de werkgroep vier keer vergaderd in 2015.

Gezien de volle agenda die de sectie in de afgelopen jaren heeft gehad, is besloten het bestuur van de sectie uit te breiden en een dagelijks bestuur in te stellen. Dit heeft begin 2015 plaats gevonden. Het dagelijks bestuur van de sectie kent een aantal portefeuilles. Harry Groen en Franz Schramel blijven voorzitter en secretaris. Egbert Smit, Anne Marie Dingemans en Joachim Aerts zijn verantwoordelijk voor de portefeuille wetenschap, Michel van de Heuvel en Ben van de Borne voor de portefeuille opleiding en Hans Smit voor de portefeuille maatschappij. In de loop van 2015 is het dagelijks bestuur enkele malen bijeengekomen o.a. ter voorbereiding van de ledenvergaderingen van de SO. Tijdens de ledenvergadering van de Sectie Oncologie zijn diverse rapporten besproken. Te vermelden hiervan zijn het nieuwe SONCOS rapport (normering kankerzorg in Nederland) en de richtlijn stereotactische radiotherapie. De rapporten zijn inhoudelijk besproken en commentaren hierop werden teruggekoppeld aan SONCOS en richtlijn commissie.

In de commissie BOM werd Egbert Smit opgevolgd door Anne-Marie Dingemans. De adviezen die de commissie BOM geeft zullen in vervolg worden opgenomen in PulmoScript, nadat ze de SO zijn gepasseerd. Immunotherapie heeft de vergadering van de sectie enkele malen gepasseerd. In het jaar 2015 was het nog niet duidelijk of nivolumab zou worden opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. Gezien de hoogte van de kostprijs had de minister van VWS besloten het geneesmiddel in de sluis te plaatsen. In afwachting van het ministeriële besluit, heeft de SO besloten immunotherapie zorgvuldig in te voeren in Nederland. Nivolumab was beschikbaar als compassionate use programma. In eerste instantie werd

immunotherapie gestart in 12 centra (reeds bestaande centra voor immunotherapie en een viertal partnerziekenhuizen), die al ervaring hadden in het behandelen van patiënten met immunotherapie d.m.v. studies. De centra voldeden aan kwaliteitseisen die te voren waren opgesteld.

1. >20 patiënten per jaar behandelen met immunotherapie
2. Regelmatig MDO, bestaande uit o.a. dermatoloog, MDL-arts, immunologisch georiënteerde specialist.
3. Centrale registratie van patiënten die behandeld werden met immunotherapie via NVALT Data Center.
4. Ervaring met wetenschappelijk (immuno)onderzoek.

De verplichte registratie werd uitgewerkt, besproken en geïmplementeerd. Daarnaast is er een aanmeldprocedure geformuleerd voor centra die immunotherapie zouden willen opstarten. Door de centralisatie van immunotherapie is ook de discussie weer opgehaald t.a.v. het concentreren van de behandeling met doelgerichte therapie. Aangezien het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor doelgerichte therapie klein is, zal ervaring met deze behandeling niet groot worden zolang deze therapie wordt verspreid over alle ziekenhuizen in Nederland. Daarnaast vraagt behandeling van deze patiënten ook meer expertise op het gebied van diagnostiek (bv tissue handling) en moleculaire pathologie. Het lijkt daarom logisch om ook deze zorg te gaan concentreren. De discussie over dit onderwerp is echter in 2015 zeker nog niet afgerond en zal de komende jaren nog steeds op de agenda komen te staan. Parallel hieraan loopt de discussie t.a.v. de dure geneesmiddelen. Aangezien bij de behandeling van longkanker veel van deze dure geneesmiddelen worden gebruikt, ligt centralisatie van deze zorg met netwerkvorming van omliggende ziekenhuizen ook voor de hand. Ook dit zal verder moeten worden uitgewerkt in de komende jaar.

In het jaar 2015 is hard gewerkt aan de tot stand komen van de DLCA (Dutch Lung Cancer Audit). In eerste instantie is de dataset geformuleerd die de registratie moet gaan vullen. De DLCA zal de registratie van de chirurgen en radiotherapeuten verbinden met de registratie van de longartsen. Er is goed afgebakend welk specialisme wat invult in de registratie zodat geen dubbelregistraties ontstaan. Het bestuur van de DLCA zal worden aangestuurd door een longarts als voorzitter. Daarnaast zullen longartsen ook zitting nemen in de wetenschappelijke raad van de DICA. De registratie was gepland om 1 januari 2016 van start te gaan, maar in de loop van 2015 bleek dat dit geen haalbare kaart was. Als tussenoplossing is er daarom een registratie formulier gemaakt om vanaf 2016 wel te kunnen registreren. Daarnaast is eind 2015 de eerste testversie van de DLCA uitgetest.

NVALT Studies zijn verder geprofessionaliseerd met het parttime in dienst nemen van een jurist. Dat is nodig gezien de ingewikkelde regelgeving en nieuwe wetgeving rondom het doen van studies. Eind 2015 hebben we een begin gemaakt met de eerste jaarlijkse 'NVALT-Studies' middag waar longarts-onderzoekers, longartsen in opleiding, datamanagers, gespecialiseerde verpleegkundigen en geïnteresseerden geïnformeerd werden over de lopende studies en de logistiek rondom studies. Ook kon men kennis maken met de medewerkers van het NVALT Data Centrum.

Franz Schramel, secretaris

Werkgroep Pulmonale Hypertensie (WPH)

Jaarverslag 2015

Anco (A.) Boonstra voorzitter
Repke (R.J.) Snijder secretaris

De multidisciplinaire werkgroep Pulmonale Hypertensie wordt gevormd door longartsen, cardiologen, reumatologen, internisten en een kindercardioloog. Daarnaast worden de vergaderingen vaak bezocht door aios die onderzoek doen op het gebied van de pulmonale hypertensie.

In 2015 kwam de werkgroep vijf keer bijeen. In januari was er de clinico-pathologische conferentie in het VUmc. Aan de hand van patiënten casuïstiek ondersteund door de PA werd uitgebreid gediscussieerd over de diagnose en de behandeling van verscheidene ziektebeelden aangaande de pulmonale circulatie. Bij de overige PH-werkgroep vergaderingen kwamen vervolgens de volgende thema's middels voordrachten aan bod:

1. Bespreking nieuwe richtlijn PH van de ESC/ERS
2. CTEPH en clinical worsening
3. Wat zegt de transpulmonale drukgradient?
4. PH bij ROW
5. PH verdiepingstage

Daarnaast was er bij iedere vergadering ruimte voor casuïstiek besprekingen.

De bespreking van de nieuwe richtlijn PH van de ESC/ERS heeft in meerdere vergaderingen plaatsgevonden. Het doel was te toetsen of deze richtlijn volledig inpasbaar was in de Nederlandse situatie. Dit bleek grotendeels het geval, een aantal uitzonderingen werden besproken. Vervolgens is de richtlijn aangeboden aan de richtlijn commissies van de NVALT, NVCC, NIV en NVR met de vraag of deze werd ondersteund door deze wetenschappelijke verenigingen. Conform het besluit van de NVALT heeft de sectie PH (SPH) een reglement opgesteld wat geaccordeerd werd door de

leden. Aansluitend is er een voorstel geformuleerd voor een bestuurswisseling welke in 2016 gaat plaatsvinden.

Er heeft een gesprek plaatsgevonden met een delegatie van de SPH en het bestuur van de NRS over algemene principes van de NRS roadmap.

Enkele leden van de SPH namen in 2013 het initiatief om een nationale PH database op te richten. Er werd een steringcomité ingesteld waarin alle deelnemende centra een afgevaardigde hebben. Afspraken omtrent invoer in / hosting van en toegang tot deze database werden vast gelegd in een officieel reglement. Inmiddels hebben nagenoeg alle PH centra zich aangesloten.

R.J. Snijder, Secretaris Werkgroep Pulmonale Hypertensie.

Werkgroep Palliatieve Zorg (WPZ) Jaarverslag 2015

Bert (A.A.F.) Baas Voorzitter
Kris (K.J.M.) Mooren Secretaris

De sectie palliatieve zorg (SPZ) heeft in 2015 tweemaal vergaderd (in april en in november te Utrecht).

Belangrijkste punten uit de bijeenkomsten van 2015 waren:

- Clinic Liverpool is gehouden in zomer 2015; feedback was positief, met als kanttekening dat sommige deelnemers meer een 'tipsandtricks-cursus' hadden verwacht.
- De SPZ heeft een bijdrage geleverd aan de richtlijn 'Dyspneu' van het IKNL.
- De SPZ heeft een bijdrage geleverd aan het onderdeel 'Advance Care Planning' (ACP) voor het landelijk zorgpad COPD van het LAN. 4. LAN beschouwt ACP als sleutelinterventie in zorg rondom COPD-exacerbaties. Doelstelling van SPZ sluit hierop aan.
- De SPZ heeft een bijdrage geleverd aan het project 'Standing strong together' - Providing tailored, integrated palliative care for COPD patients (initiatief vanuit LAN en Radboud UMC)
- De SPZ heeft de KNMG-richtlijn palliatieve sedatie van commentaar voorzien.
- De SPZ heeft bijgedragen aan een overleg tussen IKNL, Palliatief en de NZA over de financiering van palliatieve zorg. Doelen:
 - 1) de specialistische palliatieve zorg (PZ) zo te beschrijven dat de handelingen en advies- en overlegmomenten eenduidig en onderscheidend van de algemene palliatieve zorg, als zorgactiviteit met bijbehorende code, vastgelegd kunnen worden.
 - 2) op basis van de vastgelegde zorgactiviteiten kan het gesprek met de zorgverzekeraars worden gevoerd en kunnen afspraken over bekostiging worden gemaakt.

- Tijdens de tweede vergadering in Utrecht is overleg geweest met IKNL. Het IKNL is veel bezig met PZ voor niet-oncologische doelgroepen. Longartsen zijn van oudsher een belangrijke samenwerkingspartner van het IKNL. IKNL wil dat de beroepsgroepen zelf initiator zijn van PZ. Er is draagvlak bij de FMS. Afgesproken is dat IKNL ondersteuning zal bieden bij de clinic Liverpool Light (doelgroep AIOS longziekten en cardiologie) die gehouden wordt in voorjaar 2017.

Kris Mooren, voorzitter

Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding (VvAwT) Jaarverslag 2015

Samenstelling:

Bestuur is in 2015 tot een minimum beperkt

Wieneke (W.E.) Meijer-Veldman	Voorzitter
Roxana (R.I.N.) van Nispen-Dobrescu	Secretaris
Sieb (S.J.Th.) Van Kuijk	Penningmeester

Ledenaantal

Gedurende het verslagjaar bedroeg het ledenaantal van de VvAwT 24 leden.

Bestuursvergaderingen

In 2015 vergaderde het bestuur vier maal plenair en tweemaal telefonisch.

De VvAwT maakt zich in toenemende mate zorgen over de toekomst van de tuberculosebestrijding in Nederland. Met dit manifest houdt zij een pleidooi voor een effectief en compact bestrijdingsapparaat, welke voldoende bestendig is voor de toekomst. De vereniging maakt zich zorgen omdat door de economische situatie en perceptieontwikkelingen het aantal tuberculoseartsen en hun formatie tot een kritisch minimum is gedaald in 2015. Dit heeft enorme consequenties voor de kwaliteit en de uitvoering van tuberculosebestrijding in Nederland. Daarnaast zijn er zorgen voor de toekomst door de samenstelling qua leeftijd van huidige tuberculoseartsen.

Belangrijkste activiteit van de vereniging in 2015 is het unaniem instemmen met een koersverandering van de beroepsgroep met als resultaat het schrijven en publiceren van de Manifest VvAwT in januari 2016. De vereniging heeft zich in dit kader ook de verouderde VISI normeringen voor de nodige formatie van tuberculoseartsen herzien en geaccordeerd in januari 2016. Opleidingseisen zijn deels aangepast, opleiderschap is nu bij de afdeling tuberculosebestrijding van Amsterdam. Onderwerpen die aan bod kwamen, waren het Nationaal plan Tuberculose 2015-2020, kwaliteit en rol LRCB in het kader van de WBO-vergunning waarbij ook een kwaliteitsregister voor artsen

en MTM zal worden opgezet rond de röntgendiagnostiek. De genomen positie van de vereniging in 2014 omtrent een arts infectieziekten die TBC spreekuren hield zonder een degelijke opleiding in TBC te hebben gehad, mondde uit in het succesvol beëindigen van die onwenselijke situatie. VvAwT is verder betrokken geweest bij afspraken rond de opleiding.

Algemene ledenvergaderingen

In 2015 werd er op 8 januari, 25 april en een ALV gehouden met ongeveer dezelfde onderwerpen als in de bestuursvergaderingen en standpunt rond noodzaak om de koers en strategie van de vereniging te veranderen en om nieuwe artsen te opleiden.

Nascholingsdagen 2015

Deze werden gehouden op 8 en 9 januari 2015 in het conferentiecentrum ISVW in Leusden. De onderwerpen die werden besproken waren onder meer: TBC/HIV co-infectie, casuïstiekpresentatie, update relevante TBC literatuur in het afgelopen jaar, tuberculosescreeningsbeleid van ziekenhuismedewerkers, sputuminductie en de implementatie van richtlijnen in de tbc-bestrijding.

Plenaire visitatiecommissie

Mw. S. Toemanian participeerde vanuit de VvAwT in de Plenaire Visitatie Commissie van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT).

Vertegenwoordigingen

De VvAwT had in 2015 vertegenwoordigers in:

- RGS (voorm. SGRC): vacature
- Advies- en Geschillencommissie RGS: dhr. B. Koster
- KAMG: Dhr. E.M. Huisman
- NVALT bestuur: mw. I. van Haeften.
- NVALT commissie Tuberculose: Dhr. N.A.H. van Hest, mw. E.A.M. Mensen.
- Adviesgroep vrijstelling profiel TBC: Mw. M.H. Kamphorst-Roemer.
- Adviesgroep vrijstelling sociaal geneeskundige basis: Mw. M.H. Kamphorst-Roemer
- De VvAwT is lid van de vereniging KNKV Tuberculosefonds.

KAMG

De VvAwT maakt als vereniging ook deel uit van de KAMG. Een bestuurslid van de VvAwT heeft zitting in het bestuur van de KAMG.

KNMG

De VvAwT maakt als vereniging ook deel uit van de KNMG.

Zaken die in 2015 binnen de koepel speelden waren kwaliteitskader, erkenning profiel donorgeneeskunde, aansluiting van farmaceutisch geneeskundigen en vertrouwensartsen, relatienetwerk onderhouden (VWS, Tweede Kamer, KNMG etc.) en er wordt nagedacht over een gezamenlijke, uniforme deel van de opleiding.

De Commissies:

Nascholingscommissie

De Commissie nascholing bestond in 2015 uit dhr. O. Akkerman, Mw. C. Erkens (adviseur KNCV), dhr. W. Stoop, Mw. E.A.M. Mensen en Mw. M. Brouwer (geen lid) als adviseur.

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 2015 uit dhr. G. de Vries, dhr. S. Keizer, Mw. J. ten Brink en Mw. N. Stadhouders.

Accreditatiecommissie

Dhr. N.A.H. van Hest verzorgt samen met dhr. M. Verhagen namens de vereniging de accreditatie voor het Absg (Accreditatie Bureau Sociale Geneeskunde). Het Absg is een samenwerkingsorgaan van de NVAB, NVVG en KAMG. Er is een beweging richting één accreditatieorgaan voor alle specialismen, inclusief Orde en huisartsen.

Commissie toekenning Reisstipendia

In 2015 bestond de commissie uit de penningmeester, de voorzitter van de opleidingscommissie en een vertegenwoordiger vanuit de KNCV. Er is in 2015 een reisstipendium toegekend.

Kascommissie

In 2015 bestaande uit dhr. M. Verhagen en R.I.N. van Nispen-Dobrescu.

Roxana van Nispen-Dobrescu, secretaris

Stichting NVALT studies en Stichting beheer derde gelden Jaarverslag 2015

Samenstelling:

Harry (H.J.M.) Groen	voorzitter
Anne-Marie (A.C.) Dingemans	secretaris
Ad (A.J.M.) Schreurs	penningmeester

Het bestuur van de stichting NVALT studies en de Stichting beheer derde gelden bestond in 2015 uit prof. dr. H.J.M. Groen, voorzitter, dr. A.C. Dingemans, secretaris en dr. A.J.M. Schreurs, penningmeester. Vanuit het secretariaat NVALT wordt de stichting ondersteund door Diny van der Wijst en Trudy de Jong.

In 2015 vond er één telefonische vergaderingen plaats (2 juli) en waren er meerdere overleggen op het NVALT datacenter. Tijdens deze vergaderingen werd de financiële situatie van de studies en nieuwe contracten besproken. In 2015 werd een juridisch medewerkster aangesteld voor 0,44 fte (voor voorlopig 2 jaar) om ondersteuning te geven bij de contractonderhandelingen en studie opzet. Dit heeft geleid tot verdere professionalisering. Besloten was om tot die tijd geen nieuwe studies op te starten. Tussentijds is er overleg geweest over opstarten nieuwe studies en uitbetalingen van lopende studies. Buiten de secties Longoncologie en Mesotheliomen hebben enkele andere werkgroepen geïnformeerd naar de werkwijze van de stichting en het doen van klinische trials binnen de NVALT. Tot op heden heeft dit nog niet geleid tot concrete voorstellen. Wel werd nadrukkelijk besproken dat een studie onder de vlag van de NVALT enkel gedaan mag worden met de stichting NVALT studies als verrichter. Tot op heden betreffen de studies die zijn ondergebracht bij de stichting NVALT studies alle oncologie trials, geïnitieerd vanuit de secties Longoncologie en Mesotheliom van de NVALT. Het datamanagement voor deze studies wordt gedaan door het NVALT datacenter in het NKI/AVL (hoofd H. van Tinteren, statisticus).

Studievoortgang 2015

NVALT11 (WON/RT): A randomized phase III study of prophylactic Cranial Irradiation (PCI) versus observation in radically treated patients with stage III NSCLC (PI D. de Ruyscher, H. Groen)

Deze studie werd in 2014 gesloten voor inclusie, resultaten worden in 2016 verwacht

NVALT12 (WON): A randomized phase II study of Paclitaxel-Carboplatin-Bevacizumab with or without nitroglycerin patches in patients with stage IV non-squamous NSCLC (PI A. Dingemans, J. Stigt, J. Herder).

De studie is gesloten en geanalyseerd. De studie blijft financieel nog open voor afhandeling van declaraties translatieel onderzoek. De studie resultaten werden gepresenteerd op ASCO en ESMO, en gepubliceerd in Annals of Oncology

NVALT13 (WON): A randomized phase III trial of Erlotinib versus Docetaxel in patients with advanced squamous NSCLC who failed first line platinum based doublet chemotherapy stratified by VeriStrat Good vs VeriStrat Poor.

Erlotinib Maldi TOF Phase III Signature in squamous cell NSCLC. A clinical trial of ETOP (PI E. Smit)

De studie werd in 2014 voortijdig gesloten door ETOP ivm trage inclusie. Financiële afhandeling nog niet volledig afgerond.

NVALT 15 (WON): Phase II study with oral fibroblast growth factor-1 inhibitor BIBF1120 as second line treatment in lung

carcinoma patients harbouring fibroblast growth factor receptor-1 gene amplification (PI H. Groen)

De studie is in 2014 open gegaan voor inclusie, samenwerking met Spanje (Rosell, Barcelona) opgezet. In totaal zijn 13 patiënten geregistreerd, waarvan 9 in 2015.

NVALT 16 (WON): Iressa Re-challenge in advanced NSCLC EGFR mutated patients who responded to an EGFR-TKI used as first or previous treatment (PI E. Smit en J. Kuiper)
Deze studie is in 2015 gesloten ivm trage inclusie (N=21, waarvan 11 in 2015), er zal een kort rapport geschreven worden over de resultaten.

NVALT 17 (WON): A randomized phase III study of erlotinib compared to intercalated erlotinib with cisplatinum-pemetrexed as first-line therapy for advanced EGFR mutated NSCLC (PI J. Hilterman, H. Groen, B. van de Borne)
De studie is in 2014 open gegaan voor inclusie. In totaal zijn er 18 patiënten gerandomiseerd, waarvan 10 in 2015.

NVALT 18 (WON): A randomized phase II study comparing monotherapy, docetaxel and intercalated erlotinib docetaxel in relapsed EGFR wild type, ALK negative non squamous cell carcinoma patients

(NVALT18 study): PI J. Aerts en E. Smit

Deze studie is een vervolg op de NVALT10 studie, de studie opzet werd veranderd naar aanleiding van opmerkingen van de METC, er is een contract met Roche gesloten voor ondersteuning en er is financiering voor datamanagement vanuit KWF.

NVALT 19 (Werkgroep Mesothelioom): Maintenance therapy in mesothelioma (PI S. Burgers)

Deze studie is open voor inclusie, in totaal zijn er 42 patiënten gerandomiseerd, waarvan 24 in 2015.

NVALT 22 (WON): First line chemotherapy in KRAS mutated non-small cell lung cancer patients: a phase III comparing cisplatin-pemetrexed with carboplatin-paclitaxel-bevacizumab: NVALT 22 (PI A. Dingemans, J. de Langen)

Deze studie is in opstart, sponsor contract met Roche werd afgesloten, er wordt onderhandeld met Eli Lilly over aanvullende ondersteuning.

BR31-NVALT24 (WON): A phase III prospective double blind placebo controlled randomized study of adjuvant medi4736 in completely resected non-small cell lung cancer (PI NCI-C, NVALT: A.C. Dingemans)

Dit betreft een grote internationale studie, geïnitieerd vanuit de NCI-canada. Deze studie is in opstart, maar om deze studie op te starten in Nederland is professionele ondersteuning nodig, hiervoor werd gewacht tot aanstelling van de juridische medewerker, in 2015 werd het contract grotendeels afgerond en de verwachting is dat de studie Q2 2016 van start kan.

ELDAPT-NVALT25 (WON): Elderly with locally advanced Lung cancer: Deciding through geriatric Assessment on the optimal Treatment strategy (PI A. Dingemans, J van Loon)

Deze studie komt voort uit een grote Alpe DuZes subsidie.

Deze studie wordt geleid vanuit MAASTRO Maastricht, maar wordt uitgezet via de stichting NVALT studies. De studie is in opstart.

Stand van zaken NVALT studies december 2015

	Status	Sponsor	Funding	Inclusie 2015
NVALT 11	Gesloten maart 2014	NVALT	CKS/KWF	
NVALT 12	Gesloten	NVALT	CKS/KWF - Roche	
NVALT 13	Gesloten	NVALT	ETOP	
NVALT 15	Open	NVALT	Boehringer Ingelheim	9
NVALT 16	Gesloten okt 2015	NVALT	Astra Zeneca	11
NVALT 17	Open	NVALT	Roche	10
NVALT 18	In opstart	NVALT	Roche/KWF	
NVALT 19	Open	NVALT	CKS/KWF	24
NVALT 22	In opstart	NVALT	Roche/Lilly	
NVALT 24	In opstart	NCI-C		
NVALT 25	In opstart	NVALT	KWF	

Publicaties 2015:

Dingemans AC, Groen HJM, Herder GJM, Stigt JA, Smit EF, Bahce I, Burgers JA, van den Borne BEEM, Biesma B, Vincent A, van der Noort V, Aerts JG. On behalf of the NVALT study group. A randomized phase II study comparing paclitaxel-carboplatin-bevacizumab with or without nitroglycerin patches in patients with stage IV non-squamous-non-small cell lung cancer: NVALT 12 (NCT01171170). Annals of Oncology, 2015, 26:2286-2293 IF 6.57

de Goeje PL, Bezemer K, Heuvers ME, Dingemans AC, Groen HJ, Smit EF, Hoogsteden HC, Hendriks RW, Aerts JG, Hegmans JP Immunoglobulin-like transcript 3 is expressed by myeloid-derived suppressor cells and correlates with survival in patients with non-small cell lung cancer. Oncoimmunology, 2015;4: issue 7 IF 6.28

Vanuit de sectie assistenten

Verandering in opzet van de jaarvergadering

Vanaf de komende najaarsvergadering (15 en 16 sept red.) is er een nieuwe opzet van de vergadering. Voorheen werd er meer gesproken over wat er bereikt was de afgelopen periode, nu is het juist de bedoeling om vooruit te kijken en plannen te maken voor de toekomst. Het doel hiervan is om de wetenschap binnen onze vereniging naar een nog hoger niveau te tillen maar ook om samenwerkingsverbanden tussen de diverse secties te kunnen sluiten. Om dit mogelijk te kunnen maken is de vergadering anders ingedeeld. Hierbij is er aandacht voor de laatste ontwikkelingen op de diverse vlakken binnen de longziekten maar ook wat de diverse secties voor ogen hebben voor het komende jaar.

Dit is een hele mooie verdieping van de wetenschap die voor ons als aios ook veranderingen met zich mee brengt. Naast dat je op de eerste dag van de vergadering de Algemene Ledenvergadering hebt, is er ook een wetenschappelijke vergadering die je op de hoogte brengt van de laatste ontwikkelingen. De tweede dag van najaarsvergadering staat in het teken van de sectievergadering. Aios zijn uiteraard ook van harte uitgenodigd om aan te schuiven bij vergaderingen van diverse secties om te horen waar zij zich zoal mee bezig houden en wat de plannen zijn voor de toekomst. Deze plannen zullen daarna tijdens een korte pitchsessie worden gepresenteerd zodat de overige leden hier eventueel op kunnen reageren. Dit is een mooie ontwikkeling, zeker als je je wilt gaan inzetten voor een van de commissies. Wel heeft het een gevolg voor het wetenschappelijke deel van het

programma; het is niet meer mogelijk om een voordracht over je onderzoek te houden op de vergadering. Er zal voor de huidige najaarsvergadering wel een mogelijkheid zijn voor een posterpresentatie om toch je wetenschappelijke competentie voor je opleiding te kunnen behalen. Het is op dit moment nog niet duidelijk hoe dit in de toekomst gaat zijn. Houdt er dus rekening mee dat als je in de toekomst je onderzoek wilt presenteren dat hier nog maar beperkte mogelijkheden voor zijn binnen de jaarvergadering en dat je mogelijk een ander congres moet uitkiezen als je een voordracht wilt houden.

Hermes-examen

Iedereen zal de mail al voorbij hebben zien komen en iedereen is al aangemeld of heeft het examen op de ERS gemaakt, maar op zaterdag 1 oktober om stipt 10.00 uur zal in het Beatrixgebouw het Hermes-examen worden afgenomen. Na het examen zal er wederom een lunch zijn in 'De Branding', Croeselaan 303 in Utrecht, vanaf 13:00 uur zijn jullie welkom. Het restaurant is op loopafstand van het examengebouw. Er ligt een routebeschrijving klaar op je tafel bij het examen.

Het Hermes-examen wordt nu een aantal jaar landelijk afgenomen binnen de opleiding, om precies te zijn 5 jaar. Om te evalueren hoe het examen bevalt, zal er een korte schriftelijke enquête afgenomen worden tijdens het examen zodat wij als bestuur kunnen kijken of er nog zaken te verbeteren zijn. Ook willen wij inventariseren of er behoefte bestaat voor een landelijke AIOS-dag. We hopen dat iedereen deze korte vragenlijst wil invullen.

Het zal een aantal aios zijn opgevallen dat de kosten voor het Hermes examen hoger zijn dan vorig jaar, de kosten dit jaar zijn €250. Dit komt doordat de kosten voor het examen (denk aan zaalhuur, examinatoren, kosten aan ERS voor ontwikkeling van de test) niet volledig gedekt werden door het vorige bedrag. Als bestuur hopen wij dat deze verhoging in kosten geen problemen oplevert voor de individuele aios, omdat het een verplichte activiteit is die dus gedeclareerd kan worden bij het ziekenhuis. Mocht dit toch voor problemen zorgen, dan horen wij dit graag. Je kunt dit naar ons mailen op aios@nvalt.nl.

Jonge-klaar probleem

De afgelopen jaren is er, ook in de landelijke media, veel gesproken over de problemen van het vinden van een baan na je specialisatie. Ook wij als aios-bestuur houden de ontwikkelingen op dit vlak scherp in de gaten zodat we vroegtijdig kunnen signaleren wanneer het echt misgaat. Ook houden we halfjaarlijks een enquête onder alle nieuwe longartsen. Het goede nieuws is dat er tot op heden niemand zonder werk zit. Maar dit betekent helaas niet dat iedereen een vaste baan heeft. Het gros van de aios dat klaar is, stroomt door naar tijdelijke functies. In beginsel hoeft dit niet per definitie slecht te zijn, sommigen kiezen hier ook bewust voor. Echter, dit aantal neemt de laatste periode alleen maar toe, waarbij er ook steeds meer jonge klaren onvrijwillig meerdere malen van plek moeten wisselen zonder zicht op een vaste aanstelling. Ondanks het feit dat er geen echte werkloosheid is, vinden wij dit wel

een zorgelijke ontwikkeling voor de individuele aios. Gezien dit vaak tijdelijke functies betreffen, met in de ruime meerderheid geen zicht op een vaste aanstelling, brengt dit veel onzekerheid met zich mee voor de betreffende jonge klaren. Soms moet er gekozen worden voor een oplossing waarbij het gezin op de 'oude' plaats blijft wonen en de jonge klaren tijdelijk op de nieuwe plek gaat wonen totdat er ergens een vaste aanstelling betrokken kan worden. Hierdoor wordt er een grote wissel getrokken op het privéleven van de jonge klare. Soms is de periode kort, maar gezien de toename van het aantal jonge klaren met tijdelijke contracten zal dit probleem mogelijk steeds groter worden en de periode langer. Dit lijkt ons verre van wenselijk.

We hadden gehoopt dat een verlaging van de bandbreedte aan instroomplekken dit probleem op termijn zal oplossen. Er heeft landelijk een reductie van het aantal opleidingsplaatsen plaatsgevonden, helaas heeft het concilium Longziekten ervoor gekozen de instroom niet verder te beperken. Dit blijft staan op 42 voor 2017. We hopen natuurlijk dat dit niet leidt tot meer werkloosheid in de toekomst. Er zal in het najaar een NIVEL enquête volgen met de wens om beter in beeld te krijgen wat de daadwerkelijke verwachtingen zijn voor de arbeidsmarkt van longartsen. Hopelijk brengt deze enquête meer duidelijkheid.

Overigens is de uitbreiding van tijdelijke contracten een herkenbare landelijke trend, ook onder andere specialismen.

Verandering in indeling onderwijs

De afgelopen jaren was het steeds zo dat je in oktober een schema kreeg

voor het jaar erop welk cursorisch onderwijs je volgen moest, dit werd door het NVALT bureau ingedeeld. Dit systeem bleek, o.a. door de vele afzeggingen op het laatste moment, niet meer haalbaar. Het zorgde ervoor dat er op sommige momenten veel minder mensen aanwezig waren dan ingepland en op andere momenten juist te veel. Ook de administratieve afhandeling nam te veel tijd in beslag. Tijdens de laatste vergadering van de CCO is besloten om te opzet en indeling van het cursorisch onderwijs per 2017 te veranderen.

De belangrijkste wijzigingen:

- In oktober ontvang je een persoonlijk overzicht van het bureau met nog te volgen NVALT onderwijs.
- Je bent zelf verantwoordelijk voor je schema en je aanmeldingen. Je krijgt 6 weken voor het daadwerkelijke start van de cursusdagen een mail om je aan te melden, binnen 2 weken moet je aangemeld zijn.
 - LET OP: er kunnen max. 50 man per cursus ingeschreven worden. VOL=VOL
 - Je moet dus in je eigen kliniek al ruim van te voren kijken wie er naar welk onderwijs kan
- Er wordt gestreefd naar een vaste volgorde voor de te volgen dagen. De volgorde vanaf 2017:
 - Longfunctie 3 dagen
 - Beeldvormende technieken 2 dagen
 - Allergie/immunologie 3 dagen
 - Infectieziekten 2 dagen
 - TBC 3 dagen
 - Endoscopie 1 dag
 - Oncologie 3 dagen
- De cursussen moeten in de eerste 3 jaar van de longopleiding worden gevolgd (dus niet tijdens

de vooropleiding) zodat er een mogelijkheid is in je 4e jaar om nog een cursus in te halen

- Er mogen in 2 jaren maar 2 cursussen gevolgd worden en in 1 jaar 3 cursussen
- Het cursusgeld wordt pas geïnd na het volgen van de cursus.

Wel goed om te weten, vanaf september 2016 zal het versturen van de rekeningen van het cursorisch onderwijs al anders zijn. Pas na de cursus, als je handtekening op de presentielijst staat, zal je een rekening krijgen. Heb je de presentielijst gemist tijdens het cursorisch onderwijs, dan krijg je ook geen rekening en sta je dus ook op afwezig voor deze cursus.

Vanuit de Sectie Mesotheliomen/ Nederlands Asbestose Panel

Op zich lijkt het raar: een werkgroep/sectie voor ziekte met een incidentie van een paar honderd patiënten per jaar. Het mesotheliom neemt echter een aparte plaats in in het palet ziektebeelden van de longziekten. Die aparte plaats wordt beter weerspiegeld door de Nederlandse naam van de aandoening: asbestkanker.

Asbest is een mineraal dat van nature niet in Nederland voorkomt. Alle asbest in Nederland is geïmporteerd. En zelfs in een tijd dat al lang bekend was hoe schadelijk asbest was, bleef importeren en verwerken van asbest legaal. In 1969 beschreef Jan Stumphius een onverwacht groot aantal mesotheliomen bij havenwerkers, blootgesteld aan asbest op de werf van de Schelde in Vlissingen. Pas in 1993 is alle import en verwerken van asbest verboden. Dat asbest dan ook letterlijk is verweven in onze maatschappij is de overheid aan te rekenen. De overheid heeft daarom zich in de 90er jaren sterk gemaakt voor de oprichting van het Instituut Asbest Slachtoffers (IAS), dat sinds 2000 bemiddelt bij financiële tegemoetkomingen voor mesotheliompatiënten en dit sinds 2014 ook doet voor asbestosepatiënten. Momenteel wordt er door het instituut serieus nagedacht over een vergelijkbare regeling voor patiënten met een asbestgeïnduceerd longcarcinoom!

In dit kader is een groot deel van de bezigheden van de Sectie te verklaren. Zowel voor de financiële regeling voor mesotheliom als voor asbestosepatiënten is de Sectie actief. Ze beoordeelt voor de financiële vergoeding aangemelde (veronderstelde) mesotheliomencasus, waarbij de diagnose niet pathologisch bevestigd kon worden. Op basis van de klinische gegevens oordeelt ze dat het beeld het 'meest compatibel is met dat van een maligne mesotheliom' of 'waarschijnlijk NIET past bij een maligne mesotheliom'. De Sectie beoordeelt ook of casus voldoen aan de door de wet gestelde (!) criteria voor de diagnose asbestose.¹ Om hiervoor de nodige expertise in huis te halen is een succesvolle samenwerking aangegaan met de Sectie Interstitiële Longziekten en het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen.

De samenstelling van de werkgroep de laatste 15 tot 20 jaar is een weerslag van de verdeling van de asbestslachtoffers in de loop van de jaren. Zo had een groot deel van de patiënten in de vorige eeuw asbestblootstelling gehad in de zware industrie, zoals de scheepsbouw. Dit verklaart de hoge incidentie van het mesotheliom in Zeeland eind vorige eeuw. Momenteel hebben de meeste patiënten blootstelling opgelopen in de bouw en de handel (garage, technische bureaus, laboratoria e.a.) wat de stijgende incidentie in provincies als Brabant verklaart.



Figuur 1. De hoge incidentie van het mesotheliom in de provincie Zeeland neemt af over de periode van 1990 tot 2014 (a), terwijl de veel lagere incidentie in de provincie Noord-Brabant in die periode toeneemt (b). Gegevens verkregen van de asbestmonitor (www.asbestslachtoffers.nl).

De aandachtspunten van de werkgroep zijn dus de kennis van het klinisch beeld (van groot belang om onze bovengenoemde taak naar behoren te kunnen vervullen), bijhouden van de ontwikkelingen in de therapie van het mesotheliom, ontwerpen, uitvoeren en ondersteunen van wetenschappelijk onderzoek (b.v. de NVALT 5 en NVALT19 studies) en het op peil houden van de kennis van de wetgeving rondom asbest, de gevaren van asbestexpositie en de (on-)zinnigheid van screening na asbestexpositie. Een relevante ontwikkeling is hierbij de geplande instelling in 2017 van 'Het Asbestregister'. Het register komt onder de hoede van het IAS en geeft instellingen de mogelijkheid om aldaar gegevens op te slaan van (incidentele) asbestblootstellingen, mochten die bij calamiteiten of (onverwacht) in gebouwen worden vastgesteld. Mocht in de toekomst bij een van de blootgestelden een

expositiegerelateerde ziekte worden geconstateerd, kan op het register worden teruggegrepen om de blootstelling te bewijzen. Inmiddels hebben werkgroepleden al meegepraat over de gewenste vorm van het register. We houden u vanuit de werkgroep over deze ontwikkeling op de hoogte..

Sjaak Burgers, voorzitter
Hugo Schouwink, secretaris

Referentie

1. Wanda Hagmolen of ten Have, Jos M. Rooijackers, en Sjaak (J.A.) Burgers. Financiële compensatie voor patiënten met asbestose. Geaccepteerd voor publicatie in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde



Deze foto is genomen in Kapelle op den Bos, België, in een tijd dat reclame voor asbest nog maatschappelijk aanvaardbaar was.

Vanuit de Commissie BOM

Nivolumab bij gevorderd niet-plaveiselcelcarcinoom van de long

Inleiding

Jaarlijks wordt in Nederland bij ongeveer 12.000 patiënten longcarcinoom vastgesteld, waarvan ongeveer 10.000 patiënten een niet-kleincellig longcarcinoom hebben. Hiervan heeft 80 procent een niet-plaveiselcelcarcinoom. Bij diagnose komt meer dan 50 procent van de patiënten niet meer in aanmerking voor een in opzet curatieve behandeling. Daarnaast krijgt 40 tot 50 procent van de patiënten die eerder in opzet curatief waren behandeld in de loop van de tijd afstandsmetastasen. Voor deze patiënten (WHO PS 0-2) bestaat standaard eerstelijns behandeling uit platinum-bevattende chemotherapie. Bij progressie is er bij patiënten in voldoende klinische conditie een indicatie voor tweedelijns behandeling. Doel van beide behandelingen is verlenging van overleving (OS) met behoud van kwaliteit van leven. De hier te bespreken gerandomiseerde fase III-studie betreft de vergelijking van het effect van nivolumab ten opzichte van standaard tweedelijns behandeling met docetaxel bij patiënten met stadium IIIb/IV (incurabel) niet-plaveiselcelcarcinoom van de long met ziekteprogressie na één lijn platinum-bevattende chemotherapie.¹

1. Kankersoort en lijn van behandeling

De in deze publicatie besproken internationale, gerandomiseerde fase III-multicenterstudie (open label) betreft tweede- lijns behandeling van patiënten met gemetastaseerd niet-plaveiselcelcarcinoom van de long waarbij de effectiviteit van nivolumab wordt vergeleken met die van docetaxel bij patiënten met progressieve ziekte na één lijn platinum-bevattende chemotherapie.

2. Vergelijking met de referentiebehandeling in Nederland

De Nederlandse richtlijn *Niet-kleincellig longcarcinoom* (versie 2.3 d.d. 18 december 2015, IKNL / Landelijke Werkgroep Longtumoren) stelt dat patiënten met WHO PS 0-2 die ziekteprogressie hebben na een eerstelijns behandeling voor een tweedelijns behandeling in aanmerking kunnen komen. Het is aangetoond dat hiermee de OS wordt verlengd (level of evidence I). De richtlijn doet geen aanbeveling ten aanzien van de chemotherapie en geeft aan dat deze effecten zijn aangetoond voor zowel docetaxel, topotecan, pemetrexed als erlotinib. Echter: pemetrexed wordt vaak in de eerste lijn

al gegeven en het is aangetoond dat bij patiënten met *wild-type EGFR* docetaxel effectiever is dan erlotinib in de tweede lijn. Derhalve is de meest gebruikte tweedelijns behandeling bij niet-plaveiselcelcarcinoom van de long docetaxel. In Nederland is het gebruikelijk om 4 kuren te geven.

3. Methode en kwaliteit van de studie

CheckMate 057 is een internationale, gerandomiseerde fase III-multicenterstudie (open label) waarin tussen november 2012 en december 2013 792 patiënten werden geïncludeerd, waarvan 582 patiënten 1:1 werden gerandomiseerd tussen nivolumab (n = 292), 3 mg/kg elke 2 weken, en docetaxel (n = 290), 75 mg/m² elke 3 weken. Patiënten (leeftijd ≥ 18 jaar, ECOG-performancestatus 0-1) met stadium IIIb/IV niet-plaveiselcelcarcinoom met progressie na eerstelijns platinum-bevattende chemotherapie kwamen in aanmerking voor de studie. Tumorweefsel moest worden ingestuurd voor biomarkeranalyse. Patiënten met behandelde en stabiele hersenmetastasen konden worden geïncludeerd. De belangrijkste exclusiecriteria waren aanwezigheid van een auto-immuunziekte, symptomatische interstitiële longziekte, gebruik van systemische immuunsuppressie, eerdere behandeling met immunotherapie (waaronder checkpointremmers) en eerdere behandeling met docetaxel. Bij patiënten met een EGFR-mutatie of ALK-translocatie was een extra lijn behandeling toegestaan met een tyrosinekinaseremmer. Eerdere onderhoudsbehandeling met pemetrexed, EGFR- TKI of bevacizumab was toegestaan. De behandeling werd gecontinueerd tot aan ziekteprogressie, onacceptabele toxiciteit, of werd gestopt op verzoek van de patiënt. Cross-over naar nivolumab was niet toegestaan. De randomisatie was gestratificeerd voor eerdere onderhoudsbehandeling, lijn van behandeling (tweede of derde lijn). Voor patiënten die werden behandeld met nivolumab was het toegestaan om door te gaan met behandeling na progressie als de onderzoeker dacht dat er sprake was van klinisch voordeel. Het primaire eindpunt van de studie was OS. Secundaire eindpunten waren objectieve respons, progressievrije overleving (PFS), effect gerelateerd aan PD-L1-expressie en patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROM's). Deze laatste zijn nog niet gerapporteerd. Tumorrespons werd bepaald volgens RECIST 1.1; initieel

na 9 weken en nadien elke 6 weken. Bijwerkingen werden geïndiceerd volgens CTCAE 4.0. Geselecteerde bijwerkingen die mogelijk een immunologische oorzaak hadden, werden gegroepeerd weergegeven.

PD-L1-expressie werd retrospectief bepaald op gearchiveerd of vers tumormateriaal (DAKO, clone 28-8). Er werden 3 categorieën geanalyseerd: membraneuzetumoraankleuring in meer dan 1 procent, meer dan 5 procent of meer dan 10 procent van de tumorcellen.

Op het moment van database lock voor de interim-analyse waren 413 van 582 gerandomiseerde patiënten overleden (93 procent van de benodigde 442 doden voor de uiteindelijke analyse). De grens om het OS-voordeel superieur te verklaren bij de interim-analyse was gezet op $P = 0,0408$. Als de OS volgens deze criteria beter was, werden de secundaire eindpunten - respons en PFS - hiërarchisch getest op alfa 5 procent.

4. Effectiviteit van de behandeling afgezet tegen de bijwerkingen en impact van behandeling

Van de 792 patiënten die in de studie waren geïncludeerd, werden er 582 gerandomiseerd. De reden voor uitval van 210 patiënten was optreden van een adverse event ($n = 4$), intrekken van informed consent ($n = 24$), overlijden ($n = 5$), niet voldoen aan inclusiecriteria ($n = 163$), lost to follow-up ($n = 1$), administratieve reden ($n = 1$) en overig ($n = 12$). In de nivolumab-arm zijn 5 patiënten niet gestart met behandeling en in de docetaxel-arm 22 patiënten. De klinische patiëntkarakteristieken waren vergelijkbaar tussen beide studiegroepen. De minimale follow-up voor OS was 13,2 maanden. Het mediaan aantal nivolumab-kuren was 6 (1-52) en voor docetaxel was dit 4 (1-23). Na stoppen van de studiebehandeling werd 42 procent van de patiënten in de nivolumab-arm en 50 procent van de patiënten in de docetaxel-arm verder behandeld met systemische antineoplastische therapie. In de nivolumab-arm kreeg 23 procent docetaxel en in de docetaxel-arm kreeg 2 procent immunotherapie. In april 2015 verklaarde de onafhankelijke data and safety monitoring board dat de resultaten van de interim-analyse OS-voordeel van nivolumab lieten zien. De resultaten van deze analyse zijn gepubliceerd, waarbij voor de OS-analyse gebruik werd gemaakt van de gegevens van de database lock van juli 2015. Op het moment van de

analyse waren alle patiënten al in de studie geïncludeerd. De mediane OS bedroeg 12,2 maanden (95%-BI: 9,7-15,0) in de nivolumab-arm en 9,4 maanden (95%-BI: 8,1-10,7) in de docetaxel-arm (HR: 0,73; 95%-BI: 0,59-0,89; $P = 0,002$). De 1-jaarsoverleving was 51 procent (95%-BI: 45-56) in de nivolumab-arm en 39 procent (95%-BI: 33-45) in de docetaxel-arm. Het OS-voordeel was consistent voor de meeste groepen van patiënten, uitgezonderd de patiënten die werden behandeld in de derde lijn, nooit hadden gerookt, hersenmetastasen hadden of een EGFR-mutatie hadden. De objectieve respons was hoger in de nivolumab-arm dan in de docetaxel-arm: 19 procent (95%-BI: 15-24) versus 12 procent (95%-BI: 9-17; $P = 0,02$). De mediane tijd tot respons was vergelijkbaar: 2,1 versus 2,6 maanden. De mediane duur van respons was 17,2 maanden (1,8-22,6) in de nivolumab-arm en 5,6 maanden (1,2-15,2) in de docetaxel-arm. De mediane PFS bedroeg 2,3 maanden (95%-BI: 2,2-3,3) in de nivolumab-arm en 4,2 maanden (95%-BI: 3,5-4,9) in de docetaxel-arm (HR: 0,92; 95%-BI: 0,77-1,1; $P = 0,39$). PD-L1-expressie kon worden bepaald bij 455 van de 582 patiënten (78 procent). Er lijkt een sterke predictieve associatie te zijn tussen PD-L1-expressie en uitkomsten. Behandeling-gerelateerde bijwerkingen kwamen minder voor in de nivolumab-arm (69 procent alle graden, 10 procent graad 3-4) dan in de docetaxel-arm (88 procent alle graden, 54 procent graad 3-4). De meest voorkomende bijwerkingen van nivolumab waren moeheid (16 procent), misselijkheid (12 procent), verminderde eetlust (10 procent) en asthenie (10 procent) en van docetaxel neutropenie (31 procent), moeheid (29 procent), alopecia (25 procent) en misselijkheid (26 procent). Behandeling-gerelateerde serious adverse events kwamen minder vaak voor in de nivolumab-arm (7 procent) dan in de docetaxel-arm (20 procent). Dit betrof bij docetaxel met name hematologische toxiciteit. Bij 14 patiënten werd de behandeling met nivolumab gestopt vanwege bijwerkingen; bij 5 van de 13 patiënten was dat vanwege interstitiële long-afwijkingen.

Nivolumab bij niet-plaveiselcarcinoom van de long	
Zorginstituut Nederland	niet beoordeeld
add-on	beschikbaar
totale behandelkosten	formeel niet beschikbaar

Palliatief, effectiviteit <ul style="list-style-type: none"> • winst totale overleving (primaair eind- punt) • winst progressievrije overleving (secun- dair eindpunt) 	12,2 vs 9,4 maanden (12,2 weken) HR: 0,73; 95%-BI: 0,59-0,89; P = 0,002 2,3 vs 4,2 maanden HR: 0,92; 95%-BI: 0,77-1,11; P = 0,39	+ - - -
ESMO-MCBS-gradering		4
Bijwerkingen <ul style="list-style-type: none"> • lethaal < 5% • acuut, ernstig < 25% • chronisch beperkend 		+ + +
Kwaliteit van leven <ul style="list-style-type: none"> • QoL-analyse 		?
Impact van behandeling <ul style="list-style-type: none"> • acceptabele behandellast 		+
Medicijnkosten	onbekend (onderhandeld in sluis) totale behandelkosten: onbekend	

Tabel 1. Resultaten Checkmate 057-studie afgezet tegen de PASKWIL-criteria 2016.

Discussie

De interim-analyse van deze studie bij patiënten met stadium IIIb/IV niet-plaveiselcelcarcinoom van de long en goede WHO-PS (0-1) laat zien dat behandeling in de tweede lijn (of derde lijn in geval van een activerende EGFR-mutatie of ALK-translocatie) met nivolumab een significant langere OS geeft dan behandeling met docetaxel (mediaan 12,2 versus 9,4 maanden; HR: 0,73; 95%-BI: 0,59-0,89; P < 0,002). Deze resultaten voldoen aan de PASKWIL-criteria voor een positief advies uitgaande van een winst van net iets meer dan 12 weken. Er werd geen verschil gezien in PFS. PD-L1-expressie lijkt een predictieve waarde te hebben, waarbij patiënten met een hogere PD-L1-expressie meer voordeel van behandeling met nivolumab lijken te hebben. Daarentegen lijken patiënten met een EGFR-mutatie of hersenmetastasen geen voordeel te hebben van behandeling met nivolumab in vergelijking met docetaxel. Nivolumab geeft minder graad 3-4 toxiciteit dan docetaxel. De analyse van kwaliteit van leven is nog niet gerapporteerd, maar het lijkt erop dat de behandeling goed wordt verdragen. Opmerkelijk is dat in deze studie 210 van de 792 patiënten niet konden worden gerandomiseerd, met name omdat patiënten niet voldeden aan de inclusiecriteria. Dit geeft aan dat er waarschijnlijk selectie is van patiënten met prognostisch gunstige kenmerken en dat de resultaten van deze studie niet toepasbaar zijn op alle patiënten met niet-plaveiselcelcarcinoom van de long. De redenen waarom patiënten niet voldeden aan de inclusiecriteria worden in het manuscript niet verder toegelicht.

5. Kosten

Nivolumab wordt elke 2 weken intraveneus gegeven in de dosering 3 mg/kg tot progressie. Bij een gemiddeld lichaamsgewicht van 75 kg bedragen de behandelkosten per maand (440 mg) 6.646 euro (bron: www.medicijnkosten.nl d.d. 3 mei 2016). De mediane behandelduur in deze studie was 6 toedieningen. De prijs van nivolumab in Nederland is niet openbaar omdat per 1 maart 2016 een overeenkomst bestaat tussen het ministerie van VWS en de fabrikant, waarbij een bescheiden openbare prijsverlaging en een forse vertrouwelijke kostenreductie werd afgesproken, die oploopt naarmate de uitgaven toenemen.

Conclusie

Bij patiënten met een stadium IIIb/IV niet-plaveiselcelcarcinoom van de long en WHO-PS 0-1 geeft tweedelijns behandeling met nivolumab een significante verlenging van het primaire eindpunt OS van 12 weken (mediaan 12,2 versus 9,4 maanden; HR: 0,73; 95%-BI: 0,59-0,89; P < 0,002). Deze resultaten voldoen aan de PASKWIL-criteria voor een positief advies. Nivolumab geeft minder bijwerkingen en met name minder graad 3-4 bijwerkingen dan docetaxel. Ernstige immuungerelateerde bijwerkingen komen weinig voor. PD-L1-expressie heeft mogelijk een predictieve waarde.

Referentie

¹ Borghaei H, Paz-Ares L, Horn L, et al. Nivolumab versus docetaxel in advanced nonsquamous non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2015;373(17):1627-39

Leids Universitair Medisch Centrum

De stad waar Leidenaren en Leidenaren jaarlijks samen het Leids Ontzet vieren. Waar je de beste hutspot op 2 oktober eet, om vervolgens los te gaan in de binnenstad. De enige stad in Nederland waar iedereen op 3 oktober vrij is, om na de reveille met zijn allen haring en wittebrood te eten. De stad met een eigen volkslied geschreven door Jochem Myjer; om over Armin van Buuren nog maar te zwijgen. De stad die tradities als de Lakenfeesten met de Peurbakkentocht hoog in het vaandel heeft. De stad met de oudste universiteit van Nederland, geschonken door Willem van Oranje in 1575 na het beleg van Leiden (1573-1574). En de stad waar je je opleiding tot longarts kunt volgen!

De opleiding longziekten in het LUMC is door onze 7 stafartsen met veel enthousiasme hervat in 2013.

Per september 2016 bestaat de arts-assistentengroep uit 7 aios en 3 anios longziekten en 1 stagiair uit het HagaZiekenhuis. Als team werken wij samen in een gezellige, ongedwongen sfeer. Het overleg met de stafartsen en de overige specialismen is gestructureerd en additioneel overleg is laagdrempelig. Ook de samenwerking met de longfunctieanalisten, de scopieafdeling en de verpleegkundigen op de afdeling is goed.

Je takenpakket als aios in het LUMC is breed. Je doet ervaring op in de kliniek, polikliniek, op de SEH en de behandelkamer (echo thorax, bronchoscopieën, EBUS, EUS, thoracoscopieën). De opleiding is opgebouwd uit stages variërend van 3 tot 12 maanden, waarbij er zeker ruimte is voor eigen inbreng en dus specialisatie. Qua werken in de perifere longkliniek is er de uitwisseling met

onze OOR partner, het HagaZiekenhuis, waar we onder andere uitgebreid met cystic fibrosis ervaring opdoen. Tevens hebben we de mogelijkheid perifere zaalstage te lopen in het Alrijne Ziekenhuis. Op deze manier wordt ervoor gezorgd dat je als aios expositie hebt aan zowel de zeldzamere academische ziektebeelden, als ook de meest voorkomende longziekten.

Onze aandachtsgebieden zijn onder andere obstructieve longziekten, longkanker, erfelijk alfa-1-antitrypsine deficiëntie, interstitiële longziekten, longvolumereductiechirurgie/diafragmaplastieken en slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen. Speerpunten in het wetenschappelijk onderzoek zijn de pathogenese en behandeling van astma, COPD en sclerodermie. Tevens is het onderzoek naar immunotherapie bij longkanker gestart. Tenslotte doen we onderzoek naar het gebruik van





minimaal invasieve endoscopische technieken (EBUS/EUS) in de stadiëring van longkanker en het diagnosticeren van sarcoïdose.

Multidisciplinair overleg vindt plaats op het gebied van pulmonale hypertensie, sclerodermie, oncologie en slaaperelateerde



ademhalingsstoornissen. In het kader van de interstitiële longaandoeningen bespreken wij onze patiënten maandelijks met het Erasmus MC en wekelijks met het MC Haaglanden. Daarnaast werken wij nauw samen met de afdeling Longziekten van het Alrijne ziekenhuis en het Rijnlands Revalidatie Centrum.

Met zijn allen bezoeken wij jaarlijks de Longartsendagen. Ook is het mogelijk om deel te nemen aan nationale/internationale congressen, zoals afgelopen jaar de ERS in Amsterdam. Daarnaast is er een uitgebreid onderwijsprogramma, waaraan zowel de stafartsen als de arts-assistenten actief deelnemen. Regionaal onderwijs vindt afwisselend plaats in het LUMC of het HagaZiekenhuis.

Na het werk is er tevens genoeg ruimte voor ontspanning, zoals bijvoorbeeld de jaarlijks terugkerende skireis met het Hart Long Centrum, maandelijks borrels in de stad en de zomerse boottocht door de mooie grachten van Leiden met de verpleegafdeling.

Met de woorden van Jochem Myjer: Lalala Leiden, de stad waar je nooit meer weg wilt gaan!

De arts-assistentengroep van het LUMC.



Yvonne Heijdra



Yvonne Heijdra, als wetenschappelijk secretaris en (vice-)voorzitter van de NVALT kennen we haar allemaal. Oorspronkelijk opgeleid als internist, maar na haar promotie in 1995 maakte zij de switch naar de Longgeneeskunde. De oratie van Professor Heijdra was een toegankelijke, persoonlijke rede waarbij zij haar rol als longarts, onderzoeker, opleider, maar zeker ook als patiënt aan de toehoorder duidelijk maakte. Haar ervaringen als patiënt hebben haar gevormd tot de dokter die zij nu is met een grote betrokkenheid in zorg voor het welzijn van haar patiënten. We spraken met haar over haar benoeming en haar werk.

Wanneer hoorde je dat je benoemd zou worden?

Ik hoorde het toen ik op de fiets op weg was naar Assisi in Italië. Natuurlijk was ik heel blij want er was een lange periode aan vooraf gegaan en het is altijd spannend of het proces zal verlopen zoals je hoopt.

Wat houdt je leerstoel precies in?

De leerstoel heeft als titel 'de pathofysiologie van COPD'. Ik krijg daarmee de kans om de patiëntenzorg, het COPD-onderzoek en het onderwijs een verdere verdiepingsslag te geven. Er is veel aandacht voor het ontwikkelen

van netwerken voor COPD patiënten en innovaties. Daarbij kun je denken aan Apps om exacerbaties te helpen voorspellen, maar ook de ontwikkeling van een Smart Care Shirt om dynamische hyperinflatie makkelijker vast te stellen.

Naast de fysiologie wordt er ook gekeken naar de invloed van niet-fysiologische aspecten. Daarbij kan gedacht worden aan de invloed van de motivatie op het prestatievermogen. Er zijn patiënten die een inspanning fysiologisch gezien zouden moeten kunnen leveren maar het niet doen, maar ook het omgekeerde komt voor. Dat beïnvloedt de resultaten, waarvan het beweeggedrag een hele belangrijke is, waarschijnlijk sterk.

Heeft de leerstoel iets veranderd in je werk?

In principe niet echt. Met mijn onderzoek was ik natuurlijk sowieso gefocust op COPD en ik blijf ook dezelfde onderzoeksgroep leiden. In de praktijk zijn er dus niet veel verschillen. Maar de titel helpt wel, contacten naar buiten toe zijn wel veranderd, deuren gaan makkelijker open. In het ziekenhuis maakt het eigenlijk niet veel verschil. Het is een geweldige titel om te krijgen, maar gelukkig gaat het leven ook gewoon door.

Waar wil je je de komende jaren op focussen qua patiëntenzorg?

Zoals ik in mijn rede heb gezegd ga ik me nu vooral verder focussen op het welzijn van COPD patiënten. Het COPD assessment zal er voor zorgen dat patiënten gestandaardiseerd in kaart worden gebracht maar vervolgens een geïndividualiseerd behandelplan krijgen aangeboden waar we dan ook nog de effecten van kunnen gaan meten. Dat zal onze zorg efficiënter maar ook beter maken. We zijn aan de patiënt en aan ons zelf verplicht om aan te tonen dat we van toegevoegde waarden zijn.

Denk je de wereld te kunnen veranderen met je onderzoek?

Ik hoop wel dat als ik met pensioen ga er voor de COPD patiënt iets wezenlijks veranderd is. Maar daarvoor is nog wel een lange weg te gaan. Wetenschappelijk onderzoek en patiëntenzorg zijn nauw aan elkaar gerelateerd, waarbij ook vermeld moet worden dat preventie van COPD het sleutelwoord voor de toekomst is. Er moet veel meer aandacht komen voor factoren die COPD veroorzaken zoals roken, luchtvervuiling, vroeggeboorte en erfelijkheid.

Is iemand je grote voorbeeld en inspiratiebron geweest?

Mijn tijd in Boston is buitengewoon inspirerend en vormend geweest. Prof. Dr. Bart Celli is mijn allergrootste mentor. In het dagelijks leven is hij een bescheiden man. Bij hem heb ik het onderzoek gestart naar de oorzaken en gevolgen van (dynamische) hyperinflatie bij COPD-patiënten. Hij is voor mij een groot voorbeeld. Ik probeer een goede dokter te zijn waarbij het soms nodig is om van het geëigende pad af te gaan om bij te dragen aan het welzijn van de patiënt.

Hoe ziet je werkdag er nu uit?

Dit is door mijn benoeming eigenlijk niet essentieel veranderd. De 3 taken van een academisch longarts te weten patiëntenzorg, onderwijs en wetenschap blijven.

Wat maakt je gelukkig op een werkdag?

Als ik een patiënt gelukkig gemaakt heb, als ik bij heb kunnen dragen aan een stukje welzijn. Maar ook successen op wetenschapsgebied. Een subsidie die gehonoreerd is of een manuscript wat geaccepteerd is voor publicatie. Maar vaak ook niet goed te omschrijven gebeurtenissen. Eigenlijk ga ik altijd met plezier naar mijn werk.

Heb je hobby's en heb je daar nu nog tijd voor over?

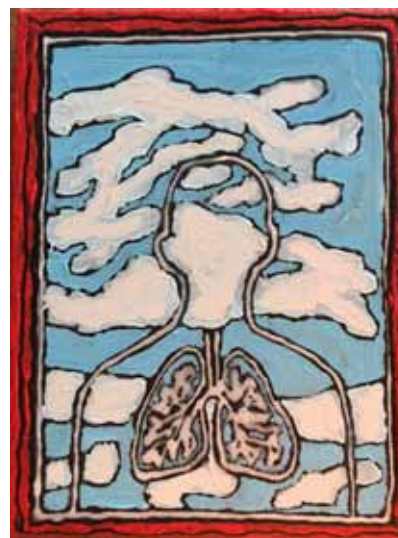
Jazeker. Hardlopen, zwemmen, bergwandelingen, met de mountainbike er op uit. Door de weeks lukt dat vaak niet, maar in het weekend en de vakanties maak ik daar samen met Kees en voorheen met de jongens zeker tijd voor. Dat is ook belangrijk. Ik denk dat als je lichamelijk fit bent, je ook geestelijk fitter bent.

Wat vind je belangrijk in het leven?

Het is belangrijk om te doen waarvan je zelf denkt wat goed is. Ik heb altijd hard gewerkt en dat doe ik met plezier. Mijn man en kinderen stonden daar achter. Als de omgeving daar anders over denkt is dat helemaal niet belangrijk. Natuurlijk heb ik wel eens getwijfeld, maar met ons gaat het allemaal goed.

We houden van elkaar en hebben aandacht voor elkaar en dat is waar het echt om gaat. Blijkbaar is de kwaliteit belangrijker dan de kwantiteit. Daarnaast wil ik zeggen dat ik met heel veel passie voorzitter van de NVALT geweest ben waarbij ik mij gedragen heb gevoeld door de vereniging.

Ingrid Claessen, vriendin en beeldend kunstenaar maakte dit schilderij voor Yvonne's verjaardag, vlak nadat zij gehoord had dat haar benoeming een feit was. Lucht en longen worden omgeven door een rode rand, de rode draad van haar leven, maar ook de bloedsomloop. Het hoofd in de wolken symboliseert het welzijn van haar zelf maar ook haar patiënten.





(M.Pulles, fotograaf)

In het pulmonaal portret telkens een andere longarts aan het woord.

Judith Herder

Geboren: Amersfoort, 1969
 Opleidingskliniek: VUMC
 Huidige kliniek: St Antoniusziekenhuis, Nieuwegein/Utrecht

Waarom koos je destijds voor de studie geneeskunde?

Nieuwsgierigheid en interesse voor de mens (in zijn geheel).

Waarom koos je uiteindelijk specifiek voor de specialisatie longziekten?

Vanwege de diversiteit binnen dit vakgebied en toch ook nog overzichtelijk. Dat maakt het een mooi vakgebied.

Wat is je aandachtsgebied en waarom?

Oncologie. Al jaren lang is hier naar mijn idee de grootste ontwikkeling. Het lijken kleine stapjes maar uiteindelijk zijn het grote bepalende veranderingen. Diagnostiek: denk aan de komst van de

PET-scan en moleculaire diagnostiek en therapie: alle gerichte medicamenten en immunotherapie en daarnaast ook alle mooie ontwikkelingen binnen de palliatieve geneeskunde.

Ben je actief binnen de NVALT?

Ik ben zeer bescheiden actief binnen de NVALT. Tijd voor verandering.

Tijden veranderen. Waar verlang je naar terug?

Het ongecompliceerde van mijn jeugd en 'de eenvoud' van het platteland.

Wie binnen ons vakgebied bewonder je en waarom?

Ik heb enorme bewondering voor collega's die hun eigen pad bewandeld (gedwongen/vrije keuze) hebben, ook al was dit niet altijd de meest eenvoudige keuze.

Neem je het werk mee naar huis?

Ja, werk en privé zijn niet te scheiden. Zeker niet wanneer het gaat om einde van leven. Op mijn werk ben ik geen ander mens dan thuis en vice versa. Dat vloeit op een natuurlijke manier in elkaar over.

Hoe zoek je ontspanning?

Terug naar de basis in ons familie zomerhuisje aan zee. Heerlijk ontspannen daar op het strand en in het water.

Waar ben je het meest trots op in je loopbaan als longarts?

Het vertrouwen wat ik krijg van de patiënten.

Als je geen longarts was geworden, wat was je beroep dan geweest?

Psychiater. Interesse in de psychiatrie is blijvend bruikbaar, ook als longarts.

Wat was de belangrijkste verandering gedurende je loopbaan?

De keuze om geen psychiater te worden maar longarts. Tot op heden de juiste keuze.

Wat is je advies aan jonge longartsen (i.o.)?

Je bent zelf verantwoordelijk voor je opleiding. Zorg dat je er het beste uit haalt. En blijf jezelf. Dokter is maar een titel.

Wat is er nodig om een goede longarts te zijn?

Passie, plezier en empathie.

Wat betekent patiëntenzorg voor jou persoonlijk?

Ik probeer altijd vanuit het perspectief van de patiënt te kijken en te handelen. Dat betekent dat je inzicht moet hebben in dat wat er leeft bij deze persoon. Hoe ziet zijn of haar levensagenda eruit. Zeker wanneer het gaat om de laatste periode in iemands leven, is dat zinvolle informatie.

Wat is je dierbaarste bezit?

Niet echt een bezit: mijn dochter.

In welk anders land zou je willen leven en werken?

In een ontwikkelingsland. Het lijkt mij geweldig mooi om ooit deze keuze te kunnen maken. Voor een deel in Nederland en voor een deel in een ontwikkelingsland.

Als je uit eten kon met een bekend persoon, wie zou je dan kiezen?

Na een wonderbaarlijke opstanding: Johnny Cash.

Wat is je lijfspreuk?

Bedenk in je contact met patiënten dat jij ook aan de andere kant van de tafel had kunnen zitten.

Aan wie mogen wij de volgende keer vragen stellen?

Herre Reesink. Longarts in het St. Antonius Ziekenhuis. Specialisatie: OSAS. (heel ander vak en afgelopen jaren steeds populairder bij jonge collega's).

Dat is gek

We kunnen steeds meer. Het kost wel wat, maar we kunnen steeds meer met een stukje tumor. We kunnen de genen analyseren van de tumor. Het tumorweefsel, mits van goede kwaliteit, kan vaak door een *next generation sequencing* apparaat grondig worden ontvlochten.

Wat kunnen we daarmee? In steeds grotere mate kunnen we behandelbare genafwijkingen in de tumor opsporen. De patiënt kan veel beter worden behandeld als je het juiste medicament voor de juiste mutatie inzet. Dat is goede zorg, uitstekende zorg.

De richtlijnen. Landelijk en multidisciplinair hebben we voor longkanker richtlijnen opgesteld. Daarin wordt het belang van mutatieonderzoek in de genen van de tumor erkend. Het advies is op zoek te gaan naar die mutaties bij uitgezaaide ziekte. Wij hebben ons aan een richtlijn te houden, als we geen goed verhaal hebben ervan af te wijken.

Maar, dat is gek.

Als we dan een zeldzame mutatie hebben gevonden, bijvoorbeeld een HER2 of BRAF, dan mogen we het niet behandelen. Wordt niet vergoed, nergens. Er is natuurlijk geen dubbelblind gerandomiseerd onderzoek naar zeldzaamheden, maar de ervaringen zijn logischerwijs uitstekend. Een dergelijk middel als bijvoorbeeld trastuzumab is er wel voor andere tumoren met dezelfde mutaties. Daar mag het wel ingezet worden.

Maar niet voor de longtumor.

En dat is gek.



Hans J.M. Smit
Longarts Rijnstate Arnhem



Samenvatting proefschrift Lizza E.L. Hendriks

Brain metastases in lung cancer patients: unraveling clinical questions

23 september 2016, Universiteit Maastricht, faculteit geneeskunde
Promotoren: prof. dr. A-M.C. Dingemans, prof. dr. E.F.M. Wouters

Introductie

Hersenmetastasen komen frequent voor bij longkanker. In dit proefschrift worden vraagstellingen beantwoord met betrekking tot hersenmetastasen screening/preventie (stadium III NSCLC) en prognose/behandeling van patiënten met centraal zenuwstelsel (CNS) betrokkenheid (ongeselecteerd en *EGFR*+).

Stadium III NSCLC

Screening werd bestudeerd in twee studies (N=77 en N=118). 16% had asymptomatische hersenmetastasen op beeldvorming. MRI screening had voordeel aangezien na negatieve CT alsnog bij 2.5% hersenmetastasen aangetoond werden. De invloed van de specifieke chemotherapie tijdens chemoradiotherapie op het ontwikkelen van (symptomatische) hersenmetastasen werd in een retrospectieve studie (N=838) geëvalueerd. In totaal ontwikkelde 18% hersenmetastasen, 11% in het eerste jaar na NSCLC diagnose. Het gebruikte chemotherapie schema had geen invloed. Jongere patiënten, vrouwen en degenen met adenocarcinoom hadden het hoogste risico.

Prognose van ongeselecteerde NSCLC patiënten

De mediane overleving (IKNL data, N=11049) was significant langer voor patiënten met metastasen in 1 orgaan tov 2 of ≥ 3 organen (6.7, 4.3 en 2.8 maanden respectievelijk). Dit was onafhankelijk van leeftijd, geslacht, histologie, M1a status en lage lokale ziekte status. Binnen de groep met metastasen in één orgaan had een lage lokale ziektestatus (T1-2 en N0-1) een significant voorspellende waarde voor een betere overleving. Hersenmetastasen patiënten hadden een vergelijkbare overleving als patiënten met een ander extrathoracaal orgaan aangedaan. Prognose van een longkankerpatiënt met hersenmetastasen hangt af van de *recursive partitioning analysis* (RPA) klasse. In de Nederlandse richtlijn (2011) wordt bij een slechte prognostische score (RPA klasse III) een optimaal ondersteunend beleid geadviseerd, zonder WBRT. Wij evalueerden of dit advies resulteerde in minder WBRT bij deze patiënten. Per jaar kon 11.3-21.3% van de behandelde patiënten als RPA III geclassificeerd worden en dit daalde niet na invoering van de richtlijn. Er werd geen verklaring gevonden waarom tegen het advies in WBRT werd gegeven, mediane overleving was 1.7 maanden voor deze patiënten.

EGFR+ NSCLC patiënten met CZS betrokkenheid

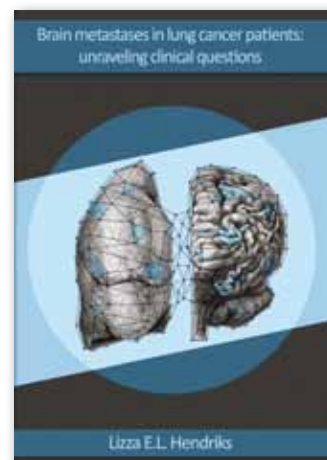
Het is onduidelijk of *EGFR*+ patiënten een hoger risico hebben op hersenmetastasen vergeleken met *EGFR*-wildtype. Wij verrichtten een retrospectieve case-control studie (N=189). Ten opzichte van *KRAS*+ en *EGFR/KRAS* wildtype was het percentage met hersenmetastasen niet significant verschillend: 32%, 35% en 40%, respectievelijk. Tijd tot hersenmetastasen was significant langer voor *EGFR*+ vergeleken met *KRAS*+, maar niet vergeleken met *EGFR/KRAS* wildtype. Mediane overleving na hersenmetastasediagnose was niet significant verschillend: 12.1, 7.6 en 10.7 maanden, respectievelijk. Radiotherapie is een geaccepteerde behandelingsstrategie bij hersenmetastasen. Bij patiënten met een driver-mutatie kan extracraniële ziekte nog goed reageren op de TKI, en het risico bestaat dat er een extracraniële ziekte opflakking optreedt indien de TKI-behandeling rondom radiotherapie wordt onderbroken. In huidige richtlijnen staat geen advies, in de praktijk wordt vaak tijdelijk gestopt wegens angst voor (neuro-)toxiciteit. In een systematische review vonden we dat erlotinib, gefitinib en icotinib waarschijnlijk veilig met WBRT gegeven kunnen worden maar er zijn geen harde data. Van andere TKI's waren geen studies.

Patiënten met leptomeningeale metastasen (LM) hebben meestal een slechte overleving, het is onduidelijk of dit ook geldt voor *EGFR*+. In een retrospectieve multicenter studie (N=356 *EGFR*+) kreeg 9% LM en mediane overleving was 3.1 maanden (vergelijkbaar met historische data van *EGFR*-wildtype). Een goede klinische conditie en *EGFR*-TKI naïef zijn waren geassocieerd met een betere overleving. Er kon geen andere behandeling geïdentificeerd worden geassocieerd met een betere overleving.

Conclusie

Dit proefschrift laat zien dat hersenmetastasen ondanks geavanceerde beeldvorming en nieuwe behandelingen een belangrijk probleem zijn bij longkanker en dat overleving vaak kort is na diagnose. Het is dan ook van belang om onderzoek te doen naar preventie van hersenmetastasen en nieuwe (combinatie) behandelmogelijkheden.

U kunt het proefschrift aanvragen per mail via lizza.hendriks@mumc.nl



Inventarisatie manifestaties neurosarcoïdose; en het vaststellen van “best clinical practice” in diagnostiek en behandeling

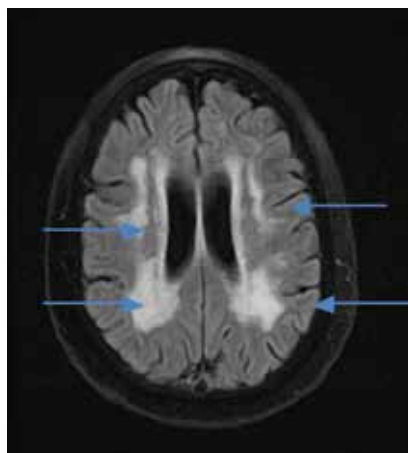
Neurosarcoïdose is een ernstige uitingsvorm van sarcoïdose, die gepaard kan gaan met manifestaties elders in het lichaam, maar tevens de enige manifestatie kan zijn. Neurosarcoïdose is een complexe en zeldzame aandoening, die zich met allerlei neurologische symptomen kan presenteren, afhankelijk van de betrokken lokalisatie in het zenuwstelsel. Vermoedelijk heeft ongeveer 3-5% van de sarcoïdosepatiënten neurosarcoïdose. Geschat wordt dat Nederland ongeveer 10.000 sarcoïdosepatiënten telt, van wie dan 300-500 patiënten neurosarcoïdose zouden hebben. Exacte gegevens ontbreken echter.

Aangezien de klinische manifestaties zeer divers kunnen zijn en het herkennen lastig is, wordt het in de praktijk vaak laat ontdekt. Vooralsnog zijn er geen richtlijnen hoe neurosarcoïdose het beste vast te stellen is en hoe de diverse manifestaties te behandelen. Concrete kennis over de optimale zorg van deze patiënten ontbreekt.



36-jarige man, presenteerde zich met nekklasten en pijnloze tintelingen in beide armen en duimen. Op de MRI werd een cervicale myelopathie t.p.v

C3-C5 gezien (tussen lijntjes, zie pijltjes). Bij verder aanvullend onderzoek bleek bilaterale mediastinale lymfadenopathie waarna middels EBUS sarcoïdose werd vastgesteld.



62-jarige vrouw met PA bewezen sarcoïdose zonder neurologische klachten met per toeval gevonden witte stofafwijkingen (reden MRI visusdaling linkeroog).

Onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de prevalentie van de verschillende manifestaties van neurosarcoïdose. Daarnaast zal het diagnostisch traject en de behandeling van de verschillende manifestaties van neurosarcoïdose geïnventariseerd worden. Het streven is om meer inzicht in dit ziektebeeld te krijgen en daardoor diagnostische en therapeutische (behandel) strategieën te ontwikkelen, om zo een betere zorg aan deze groep patiënten aan te kunnen bieden.

Via de website neurosarcoïdose.nl (beheerd door CuraVista) kunnen alle patiënten met neurosarcoïdose zichzelf aanmelden en bijdragen aan de

inventarisatie. Ze worden dan gevraagd enkele gegevens over hun ziekte in te vullen bij aanvang en vervolgens elke 6 maanden daarna een aantal vragenlijsten (zie vragenlijsten). U als behandelend longarts zult dan een e-mail ontvangen met de vraag om de diagnose te bevestigen en aanvullende klinische gegevens toe te voegen.

Vragenlijsten

King's sarcoidosis questionnaire (KSQ): ziekte specifieke kwaliteit van leven vragenlijst, MS impact profile (MSIP): functioneren, small fiber neuropathy screenings list (SFNSL); vragenlijst naar klachten passend bij dunne vezelneuropathie, visueel analoge schaal (VAS): pijnscore, een 10 cm lange lijn waar een streepje opgetekend dient te worden van het getal 0, wanneer er geen pijn is tot het getal 10, wanneer de pijn het sterkst is, fatigue assesment scale (FAS): vermoeidheidsscore, medicijngebruik.

Hoofdonderzoeker

Mareye Voortman, MD, fellow ILD Expertisecentrum St. Antonius Ziekenhuis, locatie Nieuwegein



Mareye Voortman

is sinds mei 2016 longarts. Zij is werkzaam in het UMC Utrecht en het ILD-Expertisecentrum St. Antonius ziekenhuis, locatie Nieuwegein,

als fellow interstitiële longziekten. Vanaf 2015 doet ze onderzoek bij patiënten met de ziekte van Sjögren met daarbij manifestaties van ILD en vanaf mei 2016 is zij tevens gestart met bovenstaand neurosarcoïdose onderzoek.

Supervisors

Prof. dr. M. Drent, ILD Expertisecentrum, St. Antonius Ziekenhuis, locatie Nieuwegein, en Vakgroep Pharmacologie en Toxicologie, FHML, UM, Maastricht, NL
Dr. E. Hoitsma, neuroloog Alrijne ziekenhuis Leiden, NL
Prof. J.C. Grutters, ILD Expertisecentrum, St. Antonius Ziekenhuis, locatie Nieuwegein en Afdeling Longziekten UMC Utrecht, NL
Dr. O.J.M. Vogels, neuroloog, ILD Expertisecentrum, St. Antonius Ziekenhuis, locatie Nieuwegein, NL

Subsidie

ZonMW Topzorg project (projectnummer 842002005) en ildcare foundation (www.ildcare.nl).

MEC nummer

W16.051
Het betreft een niet-WMO plichtig onderzoek.

Aanmelden

Zowel de longarts als de neuroloog kunnen patiënten aanmelden op de website neurosarcoïdose.nl. U hebt hiervoor de volgende gegevens nodig: naam, geboortedatum en emailadres. U kunt ook aan de patiënt vragen of hij wil participeren en zichzelf wil aanmelden.

Vragen

Heeft u vragen, aarzel dan niet om deze te stellen. Voor inlichtingen kunt u terecht bij onze onderzoekster drs. M. Voortman, longarts ILD-Expertisecentrum, te bereiken via e-mail (m.voortman@antoniuziekenhuis.nl) danwel via telefoonnummer 088-75574379 (op dinsdag, woensdag of vrijdag).
Voor meer informatie over het onderzoek kunt u ook terecht op www.ildcare.nl, www.zonmw.nl (project 'unraveling neurosarcoidosis in the Netherlands') en <http://publicaties.zonmw.nl/topzorg-st-antoniuziekenhuis>.

Voor meer informatie over neurosarcoïdose

1. Hoitsma E, Drent M. Neurosarcoïdose en dunne vezel neuropathie in het kadervansarcoïdose: pijnlijke klachten. *Modern Medicine* 2015;4:122-124.
2. Datema M, Tannemaat MR, Drent M, Hoitsma E. Neurosarcoïdose, para-neurosarcoïdose en www.neurosarcoïdose.nl [Neurosarcoidosis and paraneurosarcoidosis: new online registration of patients]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015; 189: A8383.
3. E. Hoitsma, C.G.Faber, M.Drent, O.P. Sharma. Neurosarcoidosis: a clinical dilemma. *Lancet* 2004; 3:397-407
4. S.E. Leonhard, D. Fritz, F. Eftimov, A.J. van der Kooi, D. van de Beek, M.C. Brouwer. Neurosarcoidosis in a tertiary referral center: a cross-sectional cohort study. *Medicine (Baltimore)* 2016;95;1-8.

Mocht u patiënten behandelen met neurosarcoïdose, zouden we graag een beroep willen doen op uw medewerking. Alvast ontzettend bedankt.

Online register: www.neurosarcoïdose.nl

Oproep

Sarcoïdose is een zeldzame stoornis van het afweersysteem, waarbij er ontstekingen in vrijwel alle organen en weefsels van het lichaam kunnen ontstaan. Hoeveel patiënten met sarcoïdose afwijkingen in het zenuwstelsel hebben is onduidelijk. Om inzicht te krijgen in het voorkomen, de optimale therapie en het beloop is er een online registratie gestart: www.neurosarcoïdose.nl.

Het is een initiatief van de ild care foundation (www.ildcare.nl) in samenwerking met de WASOG (World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous disorders: www.wasog.org) met subsidie van ZonMw (onderdeel project topzorg van het ILD Expertisecentrum van het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein). Het projectteam bestaat uit: drs. M. Voortman; prof. dr. M. Drent; dr. E. Hoitsma, dr. O. Vogels; prof. dr. J. Grutters, drs. E. van Noord.

Help mee de kennis over neurosarcoïdose te vergroten en de zorg te verbeteren. Heeft u zelf neurosarcoïdose: **meldt u aan!**

Bent u hulpverlener en/of kent u mensen met neurosarcoïdose? Maak ze attent op het belang zich aan te melden. Heeft u vragen? m.voortman@antoniuziekenhuis.nl

Ik ben patiënt



Ik ben zorgverlener



Ik ben onderzoeker



Vera Bonta Prijs 2017

voor wetenschappelijk onderzoek naar longkanker

Het bestuur van de Emil Starckenstein Stichting nodigt wetenschappers uit mee te dingen naar de 11e Vera Bonta Prijs voor wetenschappelijk onderzoek naar longkanker. De tweejaarlijkse prijs is ingesteld ter stimulering van onderzoek op dit gebied en bestaat uit een bedrag van **€ 6000,-**, een oorkonde en een legpenning. De prijs zal worden uitgereikt tijdens het 19e Nationale Longkankersymposium in Amsterdam op 20 januari 2017 aan een jonge Nederlandse of Belgische wetenschapper, die zich heeft onderscheiden door fundamenteel, klinisch of epidemiologisch onderzoek. De firma Lilly Oncology is bereid gevonden om de prijsuitreiking met een grant te ondersteunen.

De beoordelingscommissie voor de toekenning van de prijs wordt gevormd door prof. dr. P. Baas, longarts; prof. dr. J.P. van Meerbeeck, longarts; prof. dr. E.G.E. de Vries, medisch oncoloog en dr. J.S. van der Zee, longarts.

Degenen die voor de prijs in aanmerking wenst te komen, wordt verzocht vóór 15 oktober 2016 een beschrijving van het onderzoek en een curriculum vitae, evenals een toelichting over het wetenschappelijk werk door een referent, in vijfvoud te sturen naar de voorzitter van de jury, dr. J.S. van der Zee, longarts, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Postbus 95500, 1090 HM Amsterdam.



Met gepaste trots delen wij mede dat er voor de diagnostiek en behandeling van asbest geïnduceerde aandoeningen een stipendium beschikbaar is: het Machiel van der Woude Stipendium. Machiel van der Woude is de eerste directeur van het Instituut Asbestslachtoffers (IAS). Dit stipendium zal jaarlijks uitgereikt worden aan een onderzoeker welke een of meerdere aspecten van het maligne mesothelioom of asbestose onderzoekt. In aanmerking voor het stipendium komt in Nederland

uitgevoerd onderzoek naar het voorkomen, de oorzaak, diagnostiek of behandeling van asbest geïnduceerde aandoeningen. Het stipendium bedraagt € 15.000,- en wordt jaarlijks uitgereikt en is bedoeld om nieuw onderzoek te stimuleren.

Het inschrijfformulier, zie www.ias.nl, kan tot 15 november 2016 worden ingestuurd.

De prijsuitreiking vindt plaats op vrijdag 20 januari 2017 tijdens het Nationale Longkanker Symposium in de Koepelkerk te Amsterdam.

JURY

Prof..dr. P. Baas, hoofd thoraxoncologie Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis

M.R. van der Heijden, bestuursvoorzitter Instituut Asbestslachtoffers

N. Martens, bureausecretaris Instituut Asbestslachtoffers

Prof. dr. J. Van Meerbeeck, UZA, Edegem België

Dr. J.H. Schouwink, longarts Medisch Spectrum Twente

Dr. J.M. Warning, directeur Instituut Asbestslachtoffers

Drs. M.A. van der Woude, voormalig directeur Instituut Asbestslachtoffers

Verslag 'Masterclass Respiratory Infections', Barcelona

Op 16 en 17 juni jl. vond voor de 6e keer de nascholing 'Masterclass Respiratory Infections' plaats in het prachtige Barcelona. Eén van de nouveautés was de aanwezigheid van Belgische collega's uit Leuven, Gent en omgeving. Iedereen nam actief deel aan het programma. De reis was uitstekend verzorgd met verblijf in een prettig hotel en veel culinaire verrassingen op diverse locaties in de stad. Menno van der Eerden (Erasmus MC Rotterdam) en prof. Antoni Torres (Hospital Clinic de Barcelona) verzorgden een hoogstaand wetenschappelijk programma. Op de eerste dag was het vroeg opstaan, want om 8:30 uur startte de bespreking van de opgenomen IC-patiënten. Het betrof een half-open IC voor (uitsluitend) longpatiënten, die vanuit een grote regio verwezen zijn. Boeiend om de nuanceverschillen met de werkwijze in ons land te zien. Bij de rondleiding viel op dat het niet enkel geïntubeerde patiënten zijn. Vervolgens gaven Menno, prof Torres en enkele van zijn stafleden een serie voordrachten die State of the art-lectures genoemd mogen worden: 'CAP and multiresistant pathogens', 'Exacerbations of COPD', 'Recurrent airway infections and bronchiectasis'. De spreekster en



de sprekers beheersten het Engels opvallend goed. Er was in een prettige ambiance ruim gelegenheid voor discussie, wat naast de wetenschappelijke onderbouwing de mogelijkheid gaf de dagelijkse praktijk en de verschillende landelijke richtlijnen te toetsen. Opvallend was het besef, dat je, mocht je worden opgenomen met een pneumonie in de kliniek van de wereldvermaarde prof Torres, je vast en zeker een macrolide krijgt toegevoegd aan je antibiotica-cocktail.

's Middags werden de meegebrachte casussen besproken, wat varieerde van een uiterst complexe casus tot 'allegaagse' probleempatiënten. Dit leverde interessante en levendige discussies op.

De tweede dag kon er uitgeslapen worden: we werden om 9 uur verwacht in 'Hospital Clinic'. 's Ochtends werden weer 'State of the art lectures' gegeven: 'Corticosteroids for the treatment of CAP', 'Nosocomial and ventilator associated pneumonia' en 'Travelers diseases with pulmonary manifestations'. Prof Torres is van mening dat steroïden van belang kunnen zijn bij CAP met een CRP boven 100 mg/L. De middag werd besteed aan case-reports van de deelnemers en aan het refereren over belangrijke recente artikelen betreffende respiratoire infecties.

's Avonds was er tijd om snel nog wat inkopen te doen, en te genieten van de Spaanse keuken. Het was een interessante en leerzame Masterclass met een goede mix van wetenschap en dagelijkse praktijk. Het bezoek aan 'Hospital Clinic' had een mooie toegevoegde waarde. Ook de samenstelling van de enthousiaste groep met jongere en oudere artsen uit verschillende landen maakte deze nascholing erg boeiend. Van harte aanbevolen!

Gert Verhoeven, longarts, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
Regina Hofland, AIOS longziekten UMC Utrecht.

Verslag 8th International WASOG Conference on Diffuse Parenchymal Lung Diseases

Van 2 tot 4 juni vond het jaarlijkse WASOG Congres plaats, dit jaar was het in Gdansk, Polen. Ook dit keer was het congres wat specifiek over sarcoïdose en andere interstitiële longziekten (ILD) gaat weer een groot succes. De organisatie lag in handen van Professor Anna Dubaniewicz van de Gdansk Medical University. Gdansk is een mooie havenstad in het Noorden van Polen, aan de Baltische zee.



Gdansk

Meer dan 275 deelnemers bezochten het congres wat gehouden werd in het European Solidarity Center, een plek die veel historische waarde heeft, met name omdat vanuit hier de revolutie tegen het communisme gestart is. Speciaal was het dan ook dat de oprichter van de solidariteits beweging en voormalig president, Lech Walesa, een toespraak kwam houden. De planning was zo strak dan onze eigen professor Jan Grutters zijn presentatie acuut moest onderbreken. Maar aangezien hij nooit eerder door een Nobelprijs Winnaar van het podium was verdreven, kon hij er gelukkig om lachen. Natuurlijk kon hij zijn presentatie getiteld: 'Biomarkers in Interstitiële longziekten' op een later moment afmaken.

ILD is hot in Nederland en dat was goed te merken, ons land was goed vertegenwoordigd door maar liefst 47 deelnemers uit verschillende centra. Na Polen was de afvaardiging uit Nederland verreweg het grootst.



Nobelprijs Winnaar en voormalig president Lech Walesa met delegatie van WASOG organisatie

De inhoud van het 3-daagse congres was met name gericht op zowel basic science als meer klinisch onderzoek op het gebied van in sarcoïdose, idiopatische longfibrose (IPF) en diverse andere ook meer zeldzame vormen van ILD.

Een aantal highlights van het congres waren:

- Een belangrijke rol voor de 'basal cells' in de pathogenese van IPF, patiënten met veel markers van basal cells in de BAL hebben ook een slechtere prognose.
- Ziektegedrag moet een belangrijke rol krijgen bij de classificatie van IPF in het multidisciplinair overleg (MDO)-ILD.
- Cryobiopsie is een manier om histologisch materiaal te verkrijgen zonder dat een VATS nodig is. Dit zal naar verwachting mogelijk een belangrijk hulpmiddel worden voor het MDO-ILD.
- De micro-CT is een nieuwe tool. Post mortum, of na transplantatie wordt onderzoek gedaan in longen van IPF- patiënten door prof. Wim Wuylts van de Universiteit Leuven. Er is aangetoond dat in IPF longweefsel ook abnormale luchtwegen zitten. Dit geeft aan dat wellicht niet alleen het parenchym lijkt te zijn aangedaan.
- Uit verdere analyse van de recente IPF behandeltrials is naar voren gekomen dat de fibroseremmers ook werken bij patiënten bij wie de longfunctie nog niet erg

verslechterd is. Dit geeft aan dat we wellicht sneller moeten starten met de behandeling.

- Er was veel aandacht voor de verschillende behandelingen van sarcoïdose. Naar voren kwam dat het met name bij de patiënten met een duidelijke behandelindicatie van belang is steroid-sparende medicijnen in te zetten, en soms hier zelfs al sneller in het behandeltraject mee te beginnen. Iedere patiënt zal anders op verschillende medicijnen kunnen reageren. Hier werd het belang van personalized medicine, geneeskunde op maat benadrukt.
- FDG-PET, biomarkers en ook genotypering kunnen mogelijk richtinggevend zijn in de te verwachten therapeutische respons bij sarcoïdose.
- Een mogelijke nieuwe steroid-sparende behandeling voor sarcoïdose is ACTHAR gel, met een acceptabel bijwerkingen profiel.
- De Nederlandse fysiotherapeut Bert Strookappe (Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV) Ede en als promovendus lid onderzoeksteam ILD Expertisecentrum St Antonius Ziekenhuis Nieuwegein) gaf een presentatie over de veelbelovende effecten van fysiotherapie bij sarcoïdose.
- In China hebben ze lichamelijke oefeningen bedacht die het longvolume bij IPF moeten vergroten, als dit echt werkt zal dit een doorbraak zijn.

Op de tweede dag was er tijd voor posterpresentaties. Hierbij werden de posters dit keer digitaal gepresenteerd. Er waren natuurlijk veel posters uit het gastland Polen, maar ook Nederland was vertegenwoordigd met vier posters. Uit de totaal 48 gepresenteerde posters heeft het wetenschappelijke comité de beste drie gekozen. Zij mochten hun onderzoeksresultaten op de laatste dag toelichten in een presentatie.

De posteraward winnaars:

- Eva Padrao uit Porto, Portugal met haar onderzoek getiteld: *'Chronic hypersensitivity pneumonitis: implications of a UIP pattern on disease severity'*. Dit onderzoek liet zien dat extrinsieke Allergische alveolitis (EAA) patiënten met een usual interstitial pneumonia (UIP) patroon een slechtere prognose hebben dan andere EAA patiënten.
- Bartłomiej Rekiawiecki uit Gdansk, Polen met zijn onderzoek getiteld: *'Polymorphism of activating FCGR genes in an etiopathogenesis of sarcoidosis'* Dit onderzoek legt een mogelijk verband tussen functionele allel varianten van FCGR genen en de prognose van sarcoïdose.
- Aernoud van Batenburg, lid van het longfibroseonderzoeksteam van het ILD Expertisecentrum St Antonius Ziekenhuis en UMC Utrecht, maakte indruk met zijn onderzoek getiteld: *'Telomere shortening in Type*

II pneumocytes relates to idiopathic pulmonary fibrosis'.

Dit onderzoek toont aan dat telomeren mogelijk een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van IPF. Verkorting van telomeren werd aangetoond door middel van FISH, waarbij gezien werd dat in IPF longen, type 2 cel telomeren korter zijn dan telomeren in niet-type 2 cellen. Daarnaast hebben type 2 cellen uit fibrotische gebieden kortere telomeren dan niet fibrotische type 2 cellen. Dit duidt op een relatie tussen telomeer verkorting en fibrogenese in IPF.



Posterawards werden uitgereikt door Professor Marjolein Drent, Professor Anna Dubaniewicz en Professor Bob Baughman. Nederlandse posterwinnaar Aernoud van Batenburg in het midden.

De andere poster inzendingen uit Nederlands waren een samenvatting van de onderzoekresultaten van enkele andere leden van het onderzoeksteam van het ILD Expertisecentrum, St Antonius Ziekenhuis:

- Annette van der Vis: *'The effect of MUC5B promoter polymorphism on bronchoalveolar Lavage fluid characteristics in idiopathic interstitial pneumonias.'* MUC5B levels in BAL zijn hoger in idiopathische interstiële pneumonie patiënten ten opzichte van gezonde controles. Verder hebben IPF patiënten die het MUC5B rs35705950 minor allel dragen minder neutrofiële- en eosinofiele granulocyten in hun BAL..
- Ivo Wiertz: *'Prednisone treatment in possible idiopathic pulmonary fibrosis: for better or worse?'* Prednison behandeling toonde een negatief effect in een retrospectief onderzoek naar 59 patiënten met "possible IPF". Het gaf ernstige bijwerkingen en daarnaast een versnelling in achteruitgang van de longfunctie bij deze patiënten.
- Heleen Crommelin: *'Efficacy of adalimumab in sarcoidosis patients who developed intolerance to infliximab.'* Adalimumab is een effectief alternatief voor patiënten die infliximab niet verdragen. De switch naar adalimumab gaf verbetering in 39% en stabilisatie in 33% van patiënten.

Naast een zeer compleet wetenschappelijk programma was er ook tijd voor het onderhouden van sociale contacten en het ontmoeten van nieuwe mensen met hetzelfde interessegebied. De openingsceremonie werd geopend door de gastvrouw Professor Anna Dubaniewicz en aansluitend volgde een welkom door prof. Marjolein Drent, de huidige president van de WASOG. Hierna volgde een spectaculair piano optreden van de eigenzinnige Poolse Jazz artiest Leszek Mozdzer. Op vrijdag was er een gala diner met aansluitend een feest waar uitbundig gedanst werd.

Samenvattend:

Het was een zeer geslaagd congres met een goede sfeer en een hoog wetenschappelijk karakter. Je merkt dat dit congres een plek is waar plannen voor internationale samenwerking geboren worden, iets wat heel belangrijk is voor de wetenschappelijke ontwikkeling in een veld van voornamelijk weesziekten. Daarnaast is de stad Gdansk een aanrader om eens te bezoeken: het is een gastvrije havenstad met een mooi oud centrum met veel historische waarde!

Tip: Volgend jaar zal het WASOG 2017 congres op 19-22 oktober plaatsvinden in Beijing, China.



En zet ook vast WASOG 2018 in de agenda, dit zal wat dichterbij huis zijn, namelijk te Heraklion, Griekenland van 14-18 juni.



Informatie:

U kunt informatie over de WASOG en andere interessante meetings vinden op de site: www.wasog.org. Tijdens dit congres bleek eens te meer dat er veel belangstelling is in Nederland voor ILD, zowel vanuit de praktijk, maar ook wetenschappelijk.

Het zou daarom goed zijn als meer Nederlandse onderzoekers en klinici met belangstelling voor ILD lid worden van de WASOG (www.wasog.org/join.htm). Leden ontvangen onder andere het tijdschrift: Sarcoidosis Vasculitis and Diffuse Lung Diseases digitaal en krijgen korting op de inschrijvingskosten van WASOG congressen.



Door Renske (ADM) Vorselaars,
AIOS Longziekten, St Antonius Ziekenhuis Nieuwegein

Kandidaat-leden



Jurjan Aman
AIOS VUmc, Amsterdam



Laurens Bos
AIOS OLVG, Amsterdam



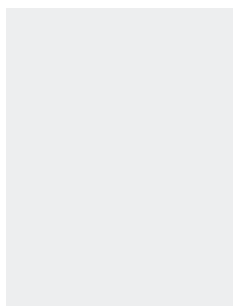
Anne Exterkate
AIOS Radboudumc, Nijmegen



Laurien Keulers
AIOS MCL, Leeuwarden



Thomas Koudstaal
AIOS Erasmus MC, Rotterdam



Selma de Nijs
docent, Zuyd Hogeschool



Jorn Nutzinger
AIOS LUMC, Leiden



Brigitte Sondermeijder
AIOS OLVG, Amsterdam



Marijke Verwijs
AIOS AMC, Amsterdam



Jan Zijlstra
AIOS UMCG, Groningen

Klaar met de opleiding

Josje Altenburg opgeleid in Noordwest Ziekenhuizengroep Alkmaar

Erica Geraedts opgeleid in Spaarne Gasthuis Haarlem

Hester van Groningen opgeleid in RadboudMC Nijmegen

Barbara Hanraets opgeleid in Amphia ziekenhuis Breda

Saljuki Hares opgeleid in Zuyderland Medisch Centrum

Regina Hofland opgeleid in UMC Utrecht

Jacobine Herbrink opgeleid in Spaarne Gasthuis Haarlem

Joris ten Holder opgeleid in OLVG Amsterdam

Marjolein van Laren opgeleid in Amphia Ziekenhuis Breda

Virginie Meuleman opgeleid in St. Franciscus Rotterdam

Richtje Talma opgeleid in Martini Ziekenhuis Groningen

Joris Veltman opgeleid in Erasmus MC Rotterdam

Wouter Westendorp opgeleid in Rijnstate Arnhem

Nieuwe rustende leden

Hans van Helmond Bravis Roosendaal

Paul Hekking Ikazia Rotterdam

Ton van Keimpema Heideheuvel Hilversum

Albert Kiers GGD Frysland

Simon Sanwikarja De Tjongerschans Heerenveen

Wijzigingen in uw persoonlijke gegevens kunt u doorgeven via het formulier op de website, of mailen naar: secretariaat@nvalt.nl. Denkt u hierbij in het bijzonder aan het wijzigen of opzeggen van uw lidmaatschap (b.v. van assistent naar longarts, van longarts naar rustend lid)?

Punten	Datum	Nascholing
OKTOBER 2016		
30	1	Annual Congres European Society of Intensive Care Medicine (ESICM 2016) - Milaan (IT)
6	1	Awake flexible intubation course - Amsterdam (NL)
6	3	Advanced Life Support Herhaling 2016 - Houten (NL)
i.a.	3	Mini symposium donatie - Rotterdam (NL)
3	3	Uw problemen gaan in rook op 2.0 - Amsterdam (NL)
12	3	Advanced Life Support 2016 - Kolham (NL)
20	3	New York Dutch Lung Cancer Course - New York (US)
6	4	Advanced Life Support Herhaling 2016 - Houten (NL)
3	5	Uw problemen gaan in rook op 2.0 - Breda (NL)
i.a.	6	LUNG Amsterdam 2016 - Amsterdam (NL)
12	6	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
3	10	Uw problemen gaan in rook op 2.0 - Zwolle (NL)
18	10	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	11	5de congres allergologie en klinische immunologie - Rotterdam (NL)
a	11	ECMO/ECLS-scholing - Eindhoven (NL)
i.a.	12	10e symposium Longoncologie - Rijssen (NL)
6	12	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
i.a.	12	Mythen, Missers & Maatwerk + Meesterwerk Circulatie 2015 - Veenendaal (NL)
i.a.	13	Jubileum Symposium ild care foundation 2006 – 2016
i.a.	13	19th APCCCM 2016 - Bangkok (TH)
i.a.	13	4th Symposium New Insights Into Pulmonary Infectious Diseases - Rotterdam (NL)
i.a.	13	Septische shock en het gebruik van het CytoSorb absorber - Ridderkerk (NL)
4	13	symposium: 'Inspiratie en passie in de zorg: hoe gaan we om met gezondheid in de toekomst?' - Ede (NL)
12	13	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
3	15	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2016) - Boston (US)
i.a.	17	Minisymposium: Update van de nieuwste ontwikkelingen in de neuro-oncologie - Tilburg, 5022 GC (NL)
6	18	ERC/NRR Refresher Advanced Life Support (ALS, herhaling) - Maastricht (NL)
i.a.	19	ECMO/ECLS-scholing - Eindhoven (NL)
18	20	ANZICS 2016: Intensive Care Annual Scientific Meeting - Perth (AU)
12	20	ECMO cursus - Leiden (NL)
i.a.	24	Een "ethisch" bijzonder complexe casus - Ede (NL)
i.a.	24	Vergadering Regionale Tumorwerkgroep Longkanker (TWL) (alleen voor leden) - Utrecht (NL)
6	25	SALSA (Sedatie en Advanced Life Support voor Artsen) - Zwolle (NL)
30	26	Infectious Diseases Week (ID week 2016) - Orlando (US)
3	27	Afweerstoornissen: nieuwe diagnostische en therapeutische mogelijkheden - Rotterdam (NL)
i.a.	27	Regionale IC-casus & refereer bijeenkomst Reinier de Graaf Gasthuis - Delft (NL)
10	27	Rembrandt cursus acute en chronische trombo-embolische ziekte 2016 - Amsterdam (NL)
NOVEMBER 2016		
14	2	2 dagen Bomen over COPD - Wolfheze (NL)
i.a.	3	SLAAPcongres 2016 - Ermelo (NL)
6	3	ReCertification Course - Riel (NL)
12	3	ERC/NRR Advanced Life Support (ALS) provider course - Maastricht (NL)
3	3	Noord-Hollands Longsymposium - Hoofddorp (NL)
6	4	ReCertification Course - Riel (NL)
8	5	Barcelona - Congres "4th Lung Disease Summit" - Barcelona (ES)
25	6	Schiermonnikoog MasterclassC 2016 - Schiermonnikoog (NL)
i.a.	7	Uw problemen gaan in rook op 2.0 - Zaandam (NL)
18	8	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
i.a.	9	Modules in bronchoscopy 2016 - Amsterdam (NL)
6	9	Training MDS en KIIC volgens NICE/NVIC/NVICV - Utrecht (NL)
i.a.	9	Uw problemen gaan in rook op 2.0 - Den Haag (NL)
18	10	Antibioticagebruik in de praktijk - Madrid (ES)
12	10	Masterclass Tuberculose - Rotterdam (NL)
12	10	MedicALS - Tilburg (NL)
18	10	sepscst 2016 - Boedapest (HU)

Punten	Datum	Nascholing
NOVEMBER 2016		
12	10	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
i.a.	11	Samen verbetering, Regionale longkankerzorg Zuidwest Nederland - Ridderkerk (NL)
i.a.	16	7e Noordelijk Schimmel Symposium, Aspergilloom, een tikkende tijdbom? - Groningen (NL)
6	16	Fundamenteel Disaster Management Course - Zwolle (NL)
i.a.	16	Uw problemen gaan in rook op 2.0 - Utrecht (NL)
i.a.	17	Transthoracale echografie - Amsterdam Zuid-Oost (NL)
11	18	Advanced Airway Management cursus (SAMT-IC) - Amsterdam (NL)
5	19	CRICOURSE - Nijmegen (NL)
i.a.	20	Masterclass 20 november 2016 - New York (US)
12	21	Advanced Life Support 2016 - Kolham (NL)
9	21	NVIC cursus Luchtwegmanagement op de IC 2016 - Houten (NL)
18	23	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	24	ECMO cursus - Leiden (NL)
20	24	Bronkhorst Colloquium incl. voortoets 2016/2017 - Veldhoven (NL)
12	24	Bronkhorst Colloquium zonder voortoets 2016/2017 - Veldhoven (NL)
12	24	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
i.a.	25	Science Day Center for Infectious Diseases - Berg En Dal (NL)
12	28	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	28	Polytrauma Rapid Echo-evaluation Program 2016 - Houten (NL)
i.a.	29	Uw problemen gaan in rook op 2.0 - Eindhoven (NL)
18	29	Definitive Surgical and Anaesthetic Trauma Care Course - Nijmegen (NL)
12	30	ERC/NRR Advanced Life Support (ALS) provider course - Maastricht (NL)
DECEMBER 2016		
4	2	OPTIEK1 PI research meeting: UPDATE - Amsterdam (NL)
12	6	NVIC cursus Echografie 2016 - Houten (NL)
6	7	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
18	7	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
i.a.	8	4th Scientific seminar on pulmonary hypertension-"connecting expertise for a rare disease into 2016" - København (DK)
12	8	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
12	12	Advanced Life Support 2016 - Kolham (NL)
18	12	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
i.a.	14	Clinic "Interstitiële Longaandoeningen" - Londen - London (GB)
12	15	Advanced HazMat Life Support 2016 - Houten (NL)
12	15	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
6	20	ERC/NRR Refresher Advanced Life Support (ALS, herhaling) - Maastricht (NL)
JANUARI 2017		
i.a.	12	Prof. dr. Jules van den Bosch Symposium V - Nieuwegein (NL)
30	21	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congres (SCCM 2017) - Honolulu (US)
6	27	Symposium Longfalen 27 januari 2017 - Groningen (NL)
FEBRUARI 2017		
20	2	Bronkhorst Colloquium incl. voortoets 2016/2017 - Blankenberge (BE)
12	2	Bronkhorst Colloquium zonder voortoets 2016/2017 - Blankenberge (BE)
15	8	International Symposium on Infections in the Critically ill Patient (2017) - Porto (PT)
24	18	CNW/ASPEN2017: Clinical Nutrition Week of the American Society of Parenteral and Enteral Nutrition - Orlando (US)
MAART 2017		
24	7	CRRT 2017: International Conference on Continuous Renal Replacement Therapies - San Diego (US)
18	7	NOOSA 2017: Annual Meeting on Clinical Trials in Intensive Care - Noosa (AU)
i.a.	15	Op de Hoogte van Astma - Davos (CH)
24	21	ISICEM 2017: International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine - Brussel (BE)
15	30	ERC 2017: Resuscitation / European Resuscitation Council - Las Vegas (US)
APRIL 2017		
18	5	Antibioticagebruik in de praktijk - Maastricht (NL)

Punten	Datum	Nascholing
E-LEARNING/SCHRIFTELIJKE NASCHOLING		
4		A&I Nascholingstijdschrift over perioperatieve zorg
3		BAL in the work-up of interstitial lung diseases
2		CME-Academy - Cystic fibrosis: CFTR biologie deel 1 – Ziektebeeld en pathofysiologie
2		CME-Academy - Cystic fibrosis: CFTR biologie deel 2 – Nieuwe therapeutische mogelijkheden
2		CME-Academy - Immunotherapie en PD-L1-expressie bij niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC)
3		CME-Academy - Stadium IV NSCLC: diagnostiek en behandeling n.a.v. de richtlijn 2015
1		From research to practice 2016: How to manage EGFR mutation-positive NSCLC
3		Geneesmiddeleninteracties bij longcarcinoom.
1		Nascholing update richtlijn NSCLC 2015
2		On-demand web-tv Anticoagulation in the Netherlands: are we different from the rest of the world?
2		On-demand web-tv Real World Evidence bij antistolling
2		On-demand web-tv Therapietrouw bij antistolling
3		Online nascholing Good Clinical Practice - Good Clinical Practice voor oncologisch onderzoek in de periferie -
1		Online nascholing Moleculaire Diagnostiek Longkanker
1		Online nascholing Pulmonale arteriële hypertensie, module 3: symptomen, beloop, epidemiologie, ziekteprogressie en overleving
1		Online nascholing Pulmonale arteriële hypertensie, module 4: diagnostiek en ernstbepaling
1		Online nascholing Pulmonale arteriële hypertensie, module 5: echorichtlijnen en echodiagnostiek
1		Therapietrouw in Tijden van Targeted Therapie

REFEREREAVONDEN INFORMATIE OVER DE EXACTE DATA KUNT U VERKRIJGEN BIJ DE BETREFFENDE KLINIEKEN.
ACCREDITATIE: 2 PUNTEN



Lidmaatschap

Zoals u weet is het noodzakelijk om een eventuele opzegging of wijziging van uw NVALT-lidmaatschap jaarlijks voor 1 december aan ons door te geven. Dit in verband met de afdracht van de contributie aan de Federatie en aan de ERS met als peildatum 1 januari. Indien u begin 2017 met pensioen gaat, kunt u uw NVALT-lidmaatschap m.i.v. 31 december omzetten in een rustend lidmaatschap. U zult dan niet meer deel kunnen nemen aan de Longartsendagen en/

of Bronkhorst maar ontvangt nog wel 4 x per jaar PulmoScript. Indien uw opzegging of wijziging niet tijdig heeft plaatsgevonden, dan loopt het lidmaatschap door tot het einde van het eerstvolgende boekjaar, wat inhoudt dat de volledige contributie over dat jaar nog betaald dient te worden. Wijzigingen kunt u doorgeven via het wijzigingsformulier op de website of per mail via secretariaat@nvalt.nl