

PulmoScript

Jaargang 32 ♦ september 2021 ♦ 3

- 
- A black and white striped squirrel is the central focus of the cover image. It is looking directly at the camera from a nest made of dry sticks and twigs. The background is a blurred natural setting with more branches and some green foliage.
- ♦ Anneke ten Brinke FERS
 - ♦ Medische missie naar Suriname
 - ♦ Nieuwe hoogleraar: Frits Franssen

Inhoud

Voorwoord	5
Bestuur	
Van de voorzitter	6
Van de secretaris	7
VS en PA en de NVALT	9
Commissies en secties	
CBB: Impact van COVID-19 op non COVID-zorg in 2020	10
SAGA i.s.m. Cie. BOM: Nivolumab en ipilimumab	14
SAGA: Mesothelioom compensatieregeling	15
SON opinie: Duurzame inzet oncolytics	18
Rubrieken	
Nieuwe hoogleraar: Frits Franssen	20
Klaar: Repke Snijder	22
Pulmonaal Portret: Chantal Kroese	24
Opleiding in de Kijker: Medisch Spectrum Twente	26
Jonge Klare in de Kijker: Hilde ten Horn	28
Nascholing	
Proefschrift Sushil Badrising	31
Proefschrift Orestes Carpay	32
Proefschrift Roel Verhoeven	33
Proefschrift Bregtje Hermans	35
En verder:	
Anneke ten Brinke Fellow van de ERS	36
Medische missie naar Suriname	38
Zin in zorg	41
Vaccinatiearts bij de GGD	42
The White Ribbon Tour NL	45
Vera Bonta Prijs 2022	45
Pilots signaleren beroepsziekten	46
Indiveo wint Taalunie prijs	48
Even voorstellen Ingrid van der Gun	49
Personalia	50
Congresagenda	53



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
e-mail: secretariaat@nvalt.nl
www.nvalt.nl



Redactieraad:

Peter Kunst
Lisette Kunz
Wilma Vlug

Coverfoto:
Hans-Jurgen Mager

Uiterste datum voor insturen kopij

nr. 4, 10 november 2021

PulmoScript verschijnt eenmaal per kwartaal in een oplage van 1400 exemplaren.

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

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

Concept en vormgeving

Stijl C, Lelystad
www.stijlc.nl

Drukwerk

Drukkerij Boonen, Hamont
www.drukkerijboonen.be

Verzending

Vogelaar, IJsselstein

ISSN 0925-4749





Nieuw

Trimbow

Extrafijne triple-therapie in
dosisaerosol en NEXThaler^{1,2}

Indicatie: Trimbow dosisaerosol voor astma en COPD. Trimbow NEXThaler voor COPD.

Astma: Onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met astma die niet voldoende onder controle zijn met een LABA en een middelmatige dosis ICS, en die het afgelopen jaar één of meer astma-exacerbaties hebben gehad. COPD: Onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met matige tot ernstige COPD die niet voldoende kunnen worden behandeld met ICS/LABA of LABA/LAMA.

Voorwoord

Als jullie dit lezen zit de vakantie voor velen er al op. Voor mij waren de laatste weken toch raar. Je werkt naar de vakantie toe, enkele collega's zijn op vakantie en plots slaat corona weer om zich heen. In Amsterdam was dat goed te voelen en toch... deze uitdaging weer samen op vangen, waarbij je rekening probeert te houden met een ieder, geeft toch ook weer een bepaald soort voldoening.

De volgende uitdaging wordt de toekomst van de longarts. Hoe gaan we dit samen gestalte geven, rekening houdend met de veranderende maatschappij en misschien zelfs normen en waarden? Ik ben benieuwd naar de meningen van een ieder op de najaarsvergadering op 26 september waar dit wordt geadresseerd.

“Wie angst heeft voor de toekomst, heeft die toekomst al half bedorven.”

George van Acker, Vlaams dichter

Veel leesplezier.

Peter Kunst



Van de voorzitter

De dokter en de taal

Beste collega's,

Wanneer wij geen gebruik konden maken van taal zouden wij als dokters in onze spreekkamer, op de longafdeling en op de spoedeisende hulp niet ver komen als we uit moeten maken wat onze patiënt mankeert. Immers, 'the patient wants to tell you what (kind of) disease he/she has' is een zin die ik vanuit mijn eigen opleidingstijd, dus nog maar enkele jaren geleden, altijd heb onthouden. Als de patiënt aangeeft: "dokter, u denkt aan mijn hart, maar het is niet mijn hart!", dan moeten we een dergelijke opmerking zeer serieus nemen. Goede communicatie met gebruik van duidelijke taal blijft dus de sleutel tot succes. Leuk blijft overigens ook het woord 'dyspnoe' hierbij, een woord waar wij als dokters goed mee uit de voeten kunnen maar de patiënt niet. Het begint al met het uitzoeken of de patiënt vooral moe is, of kortademig bij inspanning, of zelfs in rust. Vervolgens worden wij enigszins wanhopig als de patiënt aangeeft niet kortademig te zijn, maar wel snel benauwd, of toch eigenlijk niet zo benauwd, maar wel snel hijgend. Legendarisch vond ik ook de opmerking van een patiënte die consequent aangaf "stoom tekort" te ervaren. Volgen jullie het dan nog?

Ook zal het niemand ontgaan zijn dat het omgaan met taal in het verloop van de tijd verandert, zoals we dat bijvoorbeeld terugzien in de aanbevelingen van (NVALT) richtlijnen. Waar er vroeger naar aanleiding van de resultaten van een enkele studie kon staan "geef zuurstofbehandeling...", is dat veranderd via "overweeg zuurstofbehandeling..." naar "we zijn onzeker over de effectiviteit van zuurstofbehandeling...", waarbij het enige studie vergt hoe er precies met deze woorden moet worden omgegaan. Overigens is het woord 'overweeg' een prachtig woord, het impliceert namelijk dat welke beslissing dan ook die hierop volgt gerechtvaardigd is. Een al dan niet juist gebruik van taal komt ook tot uiting in de sollicitatiebrieven die wij regelmatig onder ogen krijgen. Persoonlijk heb ik er bij de AIOS altijd op gehamerd dat de sollicitatiebrief niet alleen moet laten zien wat jou interessant maakt, maar ook of je de taal goed beheerst. Een sollicitatiebrief met diverse taalfouten in de eerste zinnen gaat bij mij altijd direct de prullenbak in, ook al vinden sommigen dat 'ouderwets'.

Ook in de overdrachtsruimte levert taal altijd boeiende discussies op, althans bij ons in het Erasmus MC. Een vraag die regelmatig aan bod komt in mijn eindejaarsquiz luidt: "Wat zult gij niet zeggen tijdens de overdracht?", met de volgende antwoorden, die allen, in ieder geval in mijn ogen, juist worden geacht:

1. *Ik zag een acuut zieke patiënt.* Mijn vraag hoe je dat dan kunt zien, of iemand acuut ziek was, levert veelal wat meewarige blikken op, zeker na een nachtdienst die geteisterd werd door vele SEH beoordelingen, maar ik kan het niet laten er toch steeds weer naar te vragen.
2. *Ik zag een pijnlijke patiënt.* Dit boeiende samenspel van



woorden heeft zelfs het Nederlands Taalgenootschap gehaald, die het gelijk gelukkig aan mijn kant hebben geschaard, anders zou mijn carrière waarschijnlijk direct tot een vervroegd einde zijn gekomen. Als een patiënt pijnlijk is, betekent dat dat die de dokter pijn heeft gedaan, maar ook deze uitleg levert nogal eens verwarde blikken op.

3. *Ik zag een matige patiënt.* Tja, en wat was er dan precies matig? Zag de patiënt er matig ziek uit, was de eetlust matig of vond de patiënt dat het nogal matig ging met hem/haar?

Ook de beschrijving van de bevindingen bij het lichamelijk onderzoek, zoals eenvoudig terug te vinden in de leerboeken, is het waard om aan een nadere taalkundige analyse te onderwerpen. Zo blijft het interessant dat studenten nog altijd leren dat vesiculair ademgeruis de juiste term is als het geluid dat opstijgt uit de longen normaal wordt geacht. Opvallend, want al decennia lang is bekend dat het geluid niet zijn oorsprong vindt in welke vesikels dan ook, waardoor het woordje 'normaal' in plaats van vesiculair de voorkeur zou moeten hebben. Daarnaast is het gebruik van het woord 'geruis', zoals terecht eens geopperd door een Vlaamse collega tijdens de Bronkhorst bijeenkomst, in feite minder geschikt aangezien geruis de indruk kan wekken dat het een abnormale bevinding betreft. Ruis is immers niet normaal, toch? Hij stelde voor om ademgeruis te vervangen door 'ademgeluid', en ik moet zeggen dat ik deze suggestie wel hout vond snijden. De Vlaamse collega sloot zijn betoog af met de stelling dat Nederlanders meer *taalvaardig*, maar onze zuiderburen meer *taalbewust* zijn. Prachtige opmerking.

Ook het veelvuldig gebruik van e-mail en WhatsApp heeft met zich meegebracht dat er anders met taal wordt omgegaan. Sommige collega's, ik noem geen namen, noteren standaard 'vraag aan patiënt of gaat', blijkbaar om 1 seconde aan kostbare tijd uit te sparen door het weglaten van het woordje 'het'.

Al met al ben ik van mening dat wij, conform de zuiderburen, taalbewust moeten blijven en als dusdanig ook moeten omgaan met onze mooie taal, al is het maar om de overdrachten in het Erasmus MC daardoor iets in te kunnen korten aangezien ik mij niet meer hoeft te melden bij de woordjes acuut, pijnlijk en matig. Als ik ooit met pensioen ga zal ik nog eens terugblikken op mijn betoog en evalueren of het enig effect heeft gehad....

De vorige PulmoScript opende ik met "Waar zouden onze patiënten zijn zonder de longarts". Deze vraag kan dus worden vervolgd met: "en waar zou de longarts zijn zonder taal?"

Ik wens jullie allen veel leesplezier met deze wederom fraaie uitgave van PulmoScript!

Leon van den Toorn

Van de secretaris

Over zomermaanden, bergen, COVID, Olympische Spelen en de das

Waar kun je over schrijven na de zomermaanden? Natuurlijk (weer) over COVID-19, maar ook over zomervakantie, bergen, Olympische Spelen, overstromingen, nee, niet over het EK voetbal, maar wel over de das.

De das is een nachtdier maar verradt nachtelijke aanwezigheid in de tuin met groeven die hij met zijn snuit in het gras maakt, op zoek naar regenwormen, zo is me in de afgelopen maanden gebleken. Regenwormen vormen het stapelvoedsel voor de das maar hij is ook gek op mais. Hij gaat eenvoudig tegen de maisstengel opstaan, die vervolgens knakt onder zijn gewicht, waarna hij de maiskorrels van de kolf af kan peuzelen. De das doet het, dankzij bescherming, weer goed in Nederland. Rond 1960 werd het aantal dassen in Nederland geschat op 1200, tegenwoordig op meer dan 5000. De das woont in een burcht met verschillende uitgangen en die burcht is soms honderden jaren oud. Onterecht wordt de das in Engeland beschuldigd van het verspreiden van runder-tuberculose. Hij kan wel besmet raken met runder-tuberculose, maar wordt daar zelden ziek van en alleen zieke dieren kunnen besmetting doorgeven. Evenmin heeft de das schuld aan de COVID-besmettingen van onze Nederlandse sporters bij aanvang van de Olympische Spelen in Tokio. Die bleken terug te voeren op een extreem hoestende Japanner tijdens de vlucht naar Tokio, waar helaas de bubbel van onze sporters niet gehandhaafd werd. Des te knapper is het, dat de Nederlandse sporters ongelooflijk goed gepresteerd hebben tijdens deze spelen, met meer medailles dan ooit tevoren. Naast de Olympische vlam leek het thema van de spelen dit jaar het mondkapje dat Thomas Bach, voorzitter van het IOC, ook droeg tijdens zijn openingstoespraak, natuurlijk niet uit medische noodzaak maar om een statement te maken. Toen in Tokio de Olympische Spelen werden geopend, was het

water in de Maas net gedaald. Hoewel de overstromingen in Duistland en België nog veel ernstiger gevolgen hadden, werd ook Limburg zwaar getroffen. Uiteraard ging de aandacht vooral uit naar inwoners van Valkenburg en inwoners van andere door de watersnood getroffen dorpen, maar ook dassen bleken slachtoffer te zijn geworden doordat burchten onder water kwamen te staan. De zomermaanden werden dit jaar gekenmerkt door toenemende COVID-besmettingen onder jongeren en vooral niet-gevaccineerden en door veel water, niet alleen in de rivieren, maar ook hevige regenbuien. Dat laatste geldt dan weer alleen voor Nederland, want in Griekenland en Turkije hadden ze juist wel wat meer water kunnen gebruiken en minder bosbranden. Wanneer u met vakantie bent geweest in het buitenland, heeft u wellicht weinig meegekregen van al dat water en hopelijk ook weinig van bosbranden en COVID. In de Dolomieten was weinig te merken van COVID. In de winkels in de dalen gold weliswaar mondkapjesplicht, maar in de bergen was het genieten om te wandelen en fietsen (zonder mondkapje).

Ik hoop dat u allen de batterij heeft opgeladen voor de komende maanden. Ook wanneer COVID, met dank aan de vaccinaties geen zware druk op de gezondheidszorg gaat leggen, zullen we ons niet vervelen in het najaar en de winter. Door alle maatregelen met betrekking tot COVID hadden we vorig jaar geen influenza. Ik ben benieuwd hoe dat komende winter gaat.

Het bestuur van de NVALT zal zich de komende maanden samen met Trudy inzetten om onze nieuwe directeur, Ingrid van der Gun, in te werken en de das zal zich verheugen in langere nachten en rijpere maiskolven.

Hans Jurgen Mager





OPDIVO
(nivolumab)



YERVOY
(ipilimumab)

NIEUW



SAMEN STERK
OM PATIËNTEN DE KANS TE
GEVEN OP EEN LANGER LEVEN[#]

[#]Voordeel in OS aangetoond bij 1L gemetastaseerd NSCLC in combinatie met 2 cycli platina-bevattende chemotherapie vs platina-bevattende chemotherapie en bij 1L inoperabel maligne pleuraal mesothelioom vs chemotherapie.

OPDIVO is in combinatie met YERVOY en 2 cycli platina-bevattende chemotherapie geïndiceerd voor de eerstelijnsbehandeling van gemetastaseerde niet-kleincellige longkanker bij volwassenen met tumoren zonder sensibiliserende EGFR mutatie of ALK translocatie en OPDIVO is in combinatie met YERVOY geïndiceerd voor de eerstelijnsbehandeling van volwassen patiënten met inoperabel maligne pleuraal mesothelioom.

Referenties: SmPC OPDIVO, SmPC YERVOY. Productinformatie en volledige indicaties elders in deze uitgave. 7356-NL-2100016

Verpleegkundig specialisten en physician assistants en de NVALT

Wij zijn blij met de VS en PA maar zijn zij het ook met ons?

Sinds enkele jaren kunnen verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA) lid worden van onze beroepsvereniging. Meer en meer ondersteunen zij onze dagelijkse zorg voor longpatiënten. Vakinhoudelijk en organisatorisch maken ze echt onderscheid in hun werk ten opzichte van de longarts. Reden om eens te toetsen in welke mate zij zich ondersteund voelen door de NVALT als wetenschappelijke vereniging. Hiertoe vroegen we de PA en VS om een vragenlijst in te vullen. Van de inmiddels al 60 leden (PA en VS) hebben 32 leden de enquête ingevuld. Ongeveer evenveel VS als PA (44 resp. 56%) gaven hun input, waarbij zij gelijkelijk zijn verdeeld over academie, perifere opleidingsziekenhuis of perifere kliniek zonder opleiding. Belangrijke motivaties om lid van de NVALT te worden zijn de behoefte aan kennisvergroting en de mogelijkheid ontwikkelingen met betrekking tot de longziekten te volgen maar ook om de zichtbaarheid van PA en VS bij longartsen te vergroten.

Gelukkig hebben allen de NVALT site al eens geraadpleegd en maken ze daar gemiddeld twee keer per maand gebruik van. Het aanbod op de NVALT site is redelijk naar tevredenheid. Specifieke richtlijnen worden niet gemist en de meeste respondenten (60%) voelen geen behoefte aan een apart deel van de NVALT site voor niet longartsen. Toch geeft het overgrote deel van de respondenten aan dat zij zich nog niet vertegenwoordigd voelen binnen de NVALT of hier nog verbetering in te verwachten. Veel van de activiteiten zijn echt op longartsen gericht. Of een apart gedeelte voor niet longartsen op de NVALT-site zou kunnen ondersteunen wordt betwijfeld. Dit zou – door verminderde zichtbaarheid - juist tot alleen maar minder integratie kunnen leiden. Daarnaast vinden de VS en PA elkaar ook in hun eigen beroepsverenigingen.

Voor lidmaatschap van secties en commissies is er nog wat meer koudwatervrees. Ook al hebben veel van de leden wel eens een sectievergadering bijgewoond, 35% lid is van een sectie en maar één lid is betrokken bij een commissie. PA en VS weten vooral niet zo goed dat het kan en wat het voor hen kan betekenen.

Als het gaat om de voor- en najaarsvergadering, Week van de Longen en de Bronkhorst is dat bij ca. 60% bekend maar slechts in 5 - 40% bezocht. De gereduceerde mogelijkheid om bijvoorbeeld bij een Bronkhorst aan te sluiten vormt een belemmering om hier te zijn. De Week van de Longen lijkt de meeste aantrekkingskracht te hebben, waarbij PA



Op 3 september 2018 was de samenwerking met de PA's een feit.



In februari 2019 waren het de VS'en die het consensusdocument tekenden.

en VS vooral leerzame casuïstiek en specifieke thema's als behoefte noemen in het aanbod voor scholing. Al met al zijn VS en PA meer en meer vertegenwoordigd in onze vereniging en nodigen we ze van harte uit aanwezig te zijn in secties en op de vergaderingen om samen vorm te geven aan het aanbod van de NVALT met betrekking tot scholing en veranderingen in onze zorg voor longziekte patiënten.

Monique Reijers

Impact van COVID-19 op non-COVID-zorg in 2020

2020 was een heel bijzonder jaar voor de longarts vanwege de COVID-19 pandemie. Ziekenhuizen werden, overigens per regio verschillend, overspoeld met patiënten. De longarts stond samen met de internist en intensivist centraal op de werkvloer om de stroom aan COVID-patiënten het hoofd te bieden. Er was een groot gevoel van solidariteit onder de medisch specialisten en verpleging. Wie kon vermoeden dat op 19 maart 2020 overal in het land voor ons een luid applaus klonk.

Door de enorme toestroom aan patiënten op de afdeling en IC waren de ziekenhuizen genoodzaakt electieve zorg af te schalen. Gelukkig was er voor de ziekenhuizen en MSB's een financiële compensatie. Maar ook in de eerste lijn waren er grote effecten, huisartsen hadden hun handen vol. Er was een drastische afname van verwijzingen naar de 2^e lijn. Vraag is dan ook wat de impact van de COVID-19 pandemie was op de non-COVID-zorg binnen longgeneeskunde in 2020.

Om de effecten van COVID-19 op non-COVID-zorg te evalueren zijn een tweetal analyses verricht, de eerste door Logex en de tweede door SKR (samenwerking kwaliteitsregistraties) met voor de longziekten speciaal aandacht voor de oncologische zorg.

Logex analyse

Logex heeft een benchmark analyse verricht van de longzorgproducten in 2020. Omdat het doel was de impact van COVID te bekijken, zijn de zorgproducten pneumonie, tracheobronchitis en dysneu niet meegenomen. Immers, het onderzoek was gericht op afschaling van zorg. Onderstaande tabel laat zien dat er een daling is van de normuren binnen longgeneeskunde van gemiddeld zo'n 14 %, met opvallend genoeg de kleinste daling (11%) in het zuiden van het land.

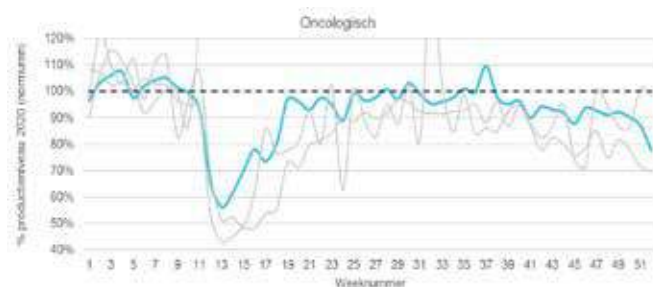
Regio	jan-dec 2019	jan-dec 2020	Vershil
Noord	180.461	154.754	-14%
Midden	183.432	156.121	-15%
Zuid	120.805	107.448	-11%
Totaal	484.698	418.323	-14%

Zorgcluster	Normuren		Vershil
	jan-dec 2019	jan-dec 2020	
Acuut	50.146	45.420	-9%
Oncologisch	113.469	105.444	-7%
Chronisch	312.995	260.281	-17%
Electief	8.067	7.179	-11%
Totaal	484.698	418.323	-14%

De normuren van de dot-producten COPD, Slaap, pleurale aandoeningen en pijn op borst bleken het meest te zijn gedaald.

CCS diagnosegroep*	Normuren		Vershil
	jan-dec 2019	jan-dec 2020	
Long- en bronchusanker	105.879	98.505	-7%
Chronis obstructive pulmonary disease en bronch	112.468	84.955	-25%
Slaapstoornis	90.841	74.372	-18%
Aandoeningen van OLV, overige	34.533	31.202	-10%
Pleurale aandoeningen (incl. pneumothorax)	27.612	24.252	-12%
Interstitiële longaandoeningen	22.504	20.721	-8%
Longembolie, diep veneuze trombose en gerelate	14.330	13.786	-4%
Sarcoidose	13.869	13.406	-3%
Screening en uitsluiten somatische klachten	9.034	8.743	-3%
Pijn op de borst, niet nader omschreven	7.945	7.188	-10%
Overig	45.964	41.813	-9%
Totaal	484.698	418.323	-14%

De volgende grafiek van de oncologische normuren is kenmerkend voor het verloop van eigenlijk alle non-COVID-zorgproducten. Er was een diepe en snelle daling van de oncologische normuren in week 11 (1^e golf) met een geleidelijk herstel in week 19 en vanaf week 39 was er opnieuw een daling (2^e golf) te zien.



Nadere bestudering hiervan is nog wel nodig. Gaat het hier om dalingen van de normuren door lichtere producten (minder verrichtingen zoals CT scans, longfunctie etc.) of omdat er daadwerkelijk minder patiënten waren?

Samenwerking kwaliteitsregistraties (SKR)

Op 18 mei jongstleden was er een webinar van SKR over welke lessen de reguliere zorg kan trekken uit de COVID-pandemie.

SKR staat voor bundeling van alle kwaliteitsregistraties die wij in Nederland hebben.

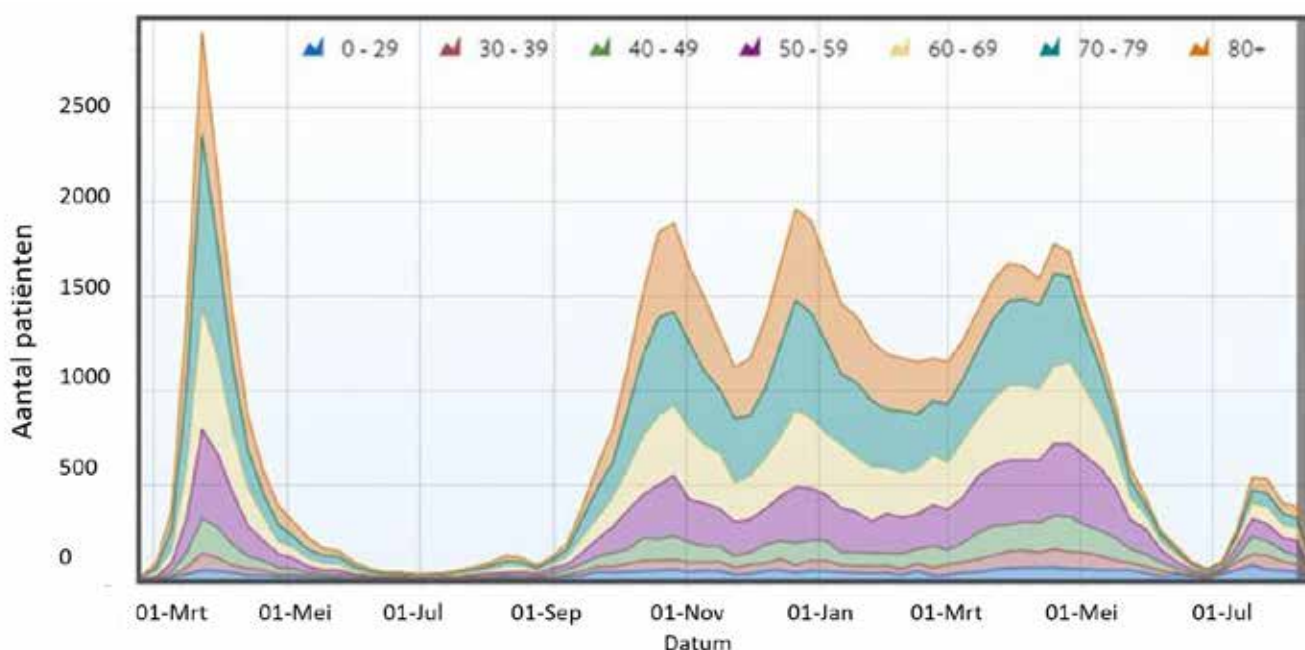


Bij het SKR impact onderzoek zijn gegevens uit landelijke kwaliteitsregistraties gebruikt om de impact van de COVID-19-

pandemie op de reguliere zorg te evalueren. Er werd gekeken naar veranderingen in volume en kwaliteit van zorg ten opzichte van 'historische controles'.

Onderstaande grafiek geeft het verloop weer van het aantal opgenomen COVID-19-patiënten op de afdeling in 2020 en een deel van 2021 voor verschillende leeftijdscategorieën. Duidelijk is dat het aantal patiënten op hogere leeftijd afneemt in de 4e golf, wat zeer waarschijnlijk te verklaren is door de gestarte vaccinatiecampagne.

Het totaal aantal nieuw opgenomen patiënten op de afdeling met bewezen COVID-19 per leeftijdsgroep per week



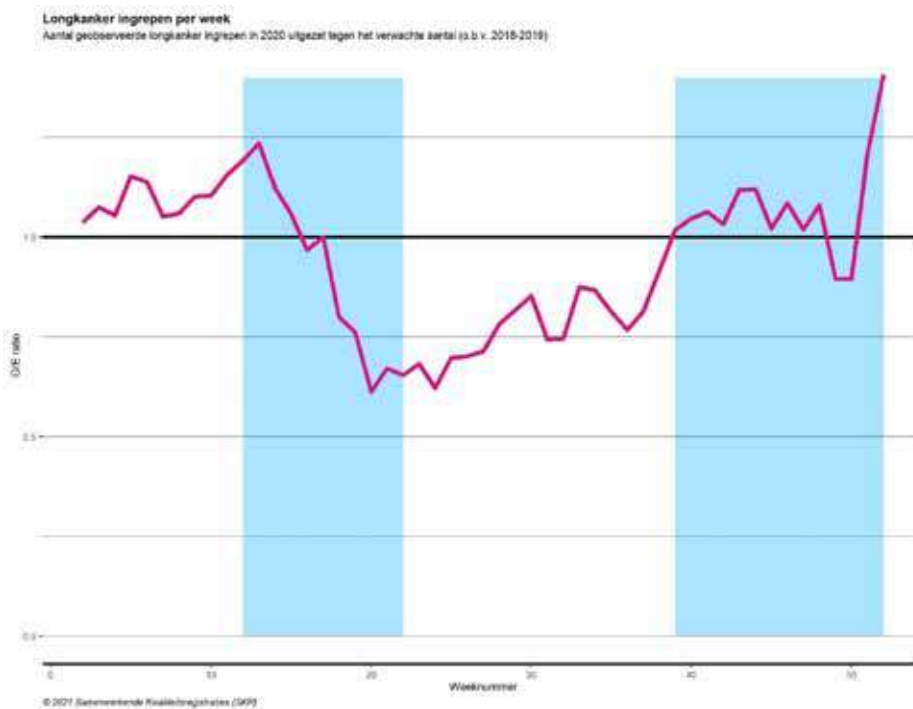
De Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE), een registratie die sinds 1996 bestaat, laat zien dat het aantal IC behandeldagen in 2020 met 25% is gestegen. Het eerste tekort aan IC bedden trad op in de zuidelijke ziekenhuizen en de druk werd verminderd door te trachten non-COVID IC opnames te beperken en patiënten te verspreiden over het hele land. Het aantal IC opnames door COVID-19 pneumonie was in 2020 bijna een factor 3 hoger dan de pneumonie opnames in de voorgaande jaren. Dit ging gepaard met een langere opnameduur en een hogere sterfte (30.8 vs. 19.6 %).

	COVID-19	Pneumonie 2017 – 2019
Aantal opnamen:	6268	2246
Mediane leeftijd:	64	65
Mediane BMI	29,1	26,8
Beademd 1e 24 uur:	66,9	68,3
% met >=1 comorbiditeit:	42	73
Mediane AP III score	60	62
Mediane IC en ZKH duur	13 & 21	4 & 10
Ziekenhuissterfte	30,8	19,6

De longoncologische zorg wordt in Nederland goed geregistreerd (DLCA, DICA). Dit biedt de mogelijkheid effecten van de COVID-19 pandemie op longoncologische zorg te bestuderen.

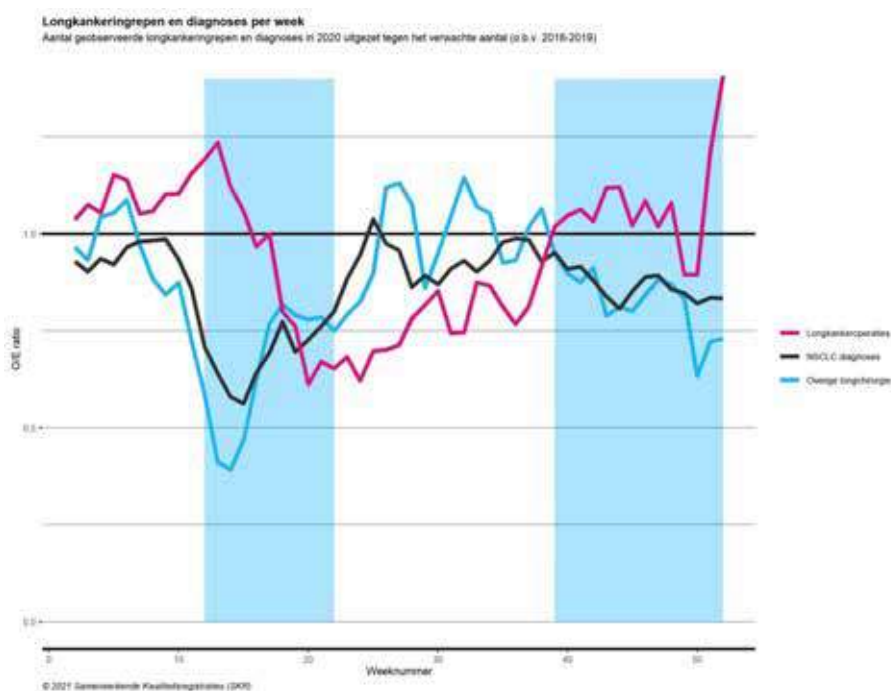
Onderstaande grafiek geeft het aantal longkanker operaties weer in 2020. Deze grafiek lijkt veel op die van de logexanalyse met een evidente daling van het aantal longkankeroperaties in de eerste golf.

Opvallend is dat in de tweede golf het aantal longoperaties geen dip vertoonde.



Vraag is nu of het aantal longoperaties daalde omdat er minder OK capaciteit beschikbaar was of dat er eenvoudigweg minder patiënten waren.

Deze vraag wordt beantwoord in de volgende grafiek waar naast het aantal longoperaties (paarse lijn) het aantal gestelde diagnoses niet kleincellig longcarcinoom (NSCLC) (zwarte lijn) wordt weergegeven. De lichtblauwe lijn geeft het aantal niet-oncologische longoperaties weer.



De zwarte lijn van het aantal gestelde diagnoses heeft hetzelfde beloop als de paarse lijn van het aantal longoperaties. Echter de dip van de zwarte lijn in de eerste golf loopt 2 weken voor op de dip van het aantal longkankeroperaties. Dit geldt ook voor de rest van de veranderingen in de curves. Na de dip in de eerste golf neemt het aantal diagnoses NSCLC weer toe, gevolgd door eenzelfde toename van longoperaties 2 weken later. Dit suggereert dat de patiënten die werden gediagnostiseerd met NSCLC wel geopereerd konden worden.

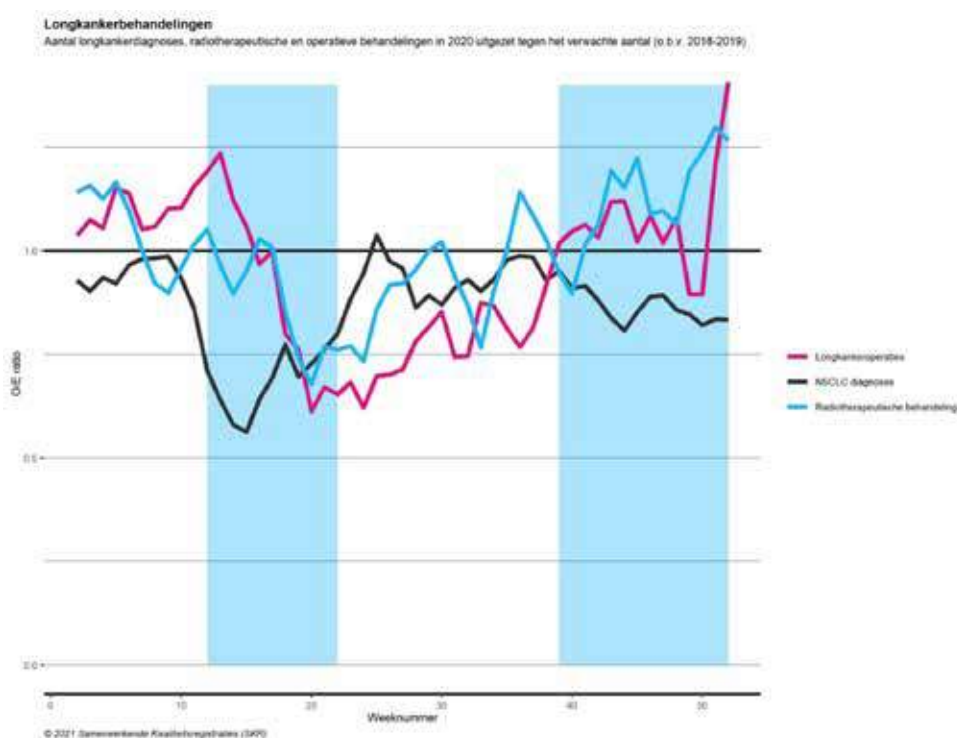
Concluderend lijkt het er dus op dat er eenvoudigweg minder patiënten waren en dat de patiënten die er wel waren normaal behandeld konden worden. Registratie van radicale longkanker-bestralingen laat een zelfde beloop zien als de longoperaties. In onderstaande grafiek is de blauwe lijn het aantal bestralingen, de zwarte lijn het aantal gestelde diagnoses NSCLC en de paarse lijn weer het aantal longoperaties. Ook hier volgt de radiotherapie-lijn de lijn van aantal NSCLC diagnoses met een vertraging van 2 weken. Daarnaast is te zien dat na de eerste golf het aantal bestralingen hoger lag dan het aantal operaties. Dit in tegenstelling tot de periode voor de eerste golf waarbij het aantal operaties juist wat hoger lag.

Conclusies

Door de COVID-pandemie nam het aantal normuren in 2020 af met gemiddeld zo'n 14 %. De grootste dalingen waren te zien bij de COPD- en de slaap-dot producten. Ook op de long oncologische zorg heeft COVID-19 duidelijke impact gehad. Deze impact kon goed in kaart worden gebracht door een goede kwaliteitsregistratie. De diagnose niet-kleincellig longkanker werd minder gesteld, zeer waarschijnlijk door minder verwijzingen van huisartsen/specialisten. Het aantal longoperaties en behandelingen met curatieve radiotherapie nam in 2020 af door minder aanbod van patiënten en niet door minder beschikbare capaciteit. Daarnaast was er in de periode na de eerste COVID-19 golf een lichte toename van curatieve radiotherapie behandelingen ten faveure van het aantal longoperaties.

Voor diegenen die belangstelling hebben voor het uitgebreide zeer lezenswaardige SKR impact-rapport verwijs ik u graag naar de website van de SKR: skr-zorg.nl/impact-report.

Hans Grotjohan
Voorzitter Beleidscommissie Beroepsbelangen



Vanuit de commissie BOM

Nivolumab en ipilimumab als eerstelijnsbehandeling voor het irresectabel maligne pleuraal mesotheliom

Jaarlijks wordt in Nederland bij ongeveer 500 mensen een maligne pleuraal mesotheliom gediagnosticeerd. Deze agressieve vorm van kanker is in de meeste gevallen bij diagnose irresectabel. De 5-jaarsoverleving is minder dan 10 procent.

Twee belangrijke subtypen worden onderscheiden: het nietepitheloïde en epitheloïde subtype, waarbij het nietepitheloïde subtype een slechtere prognose heeft dan het epitheloïde subtype. De standaardbehandeling voor irresectabel mesotheliom bestaat al sinds jaren uit 4 à 6 kuren platinum-pemetrexed, met een mediane overleving van 12 maanden.¹ De hier te bespreken gerandomiseerde fase

III-studie CheckMate 743 (open label) betreft de vergelijking van nivolumab-ipilimumab ten opzichte van platinumpemetrexed bij patiënten met een irresectabel maligne pleuraal mesotheliom.² Nivolumab is een monoklonaal antilichaam gericht tegen PD-1 en ipilimumab een monoklonaal antilichaam gericht tegen CTLA-4. Recent heeft de EMA de combinatie nivolumab-ipilimumab geregistreerd voor eerstelijnsbehandeling van patiënten met een irresectabel maligne pleuraal mesotheliom.

Het volledige advies kun u vinden op de website van de NVMO.org/bom en op de NVALT website bij de sectie oncologie.

Plaatsbepaling Sectie Asbest-Gerelateerde Aandoeningen

Wat is de toegevoegde waarde van nivolumab-ipilimumab bij mesotheliom?

Bijna 20 jaar nadat het effect van pemetrexed-gebaseerde chemotherapie bij het mesotheliom werd aangetoond is er met nivolumab-ipilimumab zicht op een betere eerstelijnsbehandeling. Wat is volgens de NVALT-sectie Asbest-Gerelateerde Aandoeningen (SAGA) de toegevoegde waarde van deze nieuwe behandeloptie?

Eerstelijnsbehandeling met de combinatie nivolumab-ipilimumab verbetert de mediane overleving van de mesotheliompatiënt met 4 maanden in vergelijking met standaardchemotherapie¹. De 2-jaarsoverleving in de immuuntherapie-groep was 41 procent (95%-BI: 35,1-46,5) en in de chemotherapie-groep 27 procent (95%-BI: 21,9-32,4). Door de beperkte follow-up van maximaal 36 maanden is het nog niet geheel duidelijk of de overlevingscurve van de patiënten in de immuuntherapie-groep een plateau vormt, zoals bij deze behandeling bij andere solide tumoren wordt gezien. De marker PD-L1, bepaald met de 28-8 pharmDx Assay, had slechts een beperkt voorspellende waarde voor het effect van de immuuntherapie.

Beter perspectief

De EMA heeft nivolumab-ipilimumab toegelaten voor de behandeling van het mesotheliom. De behandeling voldoet aan de PASKWIL-criteria van de NVMO-commissie BOM². Nivolumab-ipilimumab wordt, mits de aanbeveling in de com-

mentaarrondes niet wordt veranderd, vanaf komend najaar aanbevolen in de volgende richtlijn Diagnostiek en behandeling van het mesotheliom als behandeling van voorkeur in de eerste lijn.

Er is lang uitgezien naar een behandeling die het perspectief van de mesotheliompatiënt zou verbeteren. Er is zelfs getwijfeld of immuuntherapie wel effectief zou zijn bij het mesotheliom gezien de twee negatieve gerandomiseerde studies in tweede en latere lijn en de bescheiden PFS-winst die in de CONFIRM-studie met nivolumab in de tweede lijn werd behaald. Deze studies waren echter uitgevoerd met monomuuntherapie. De DETERMINE-studie kon geen voordeel aantonen van tremilimumab boven placebo in de tweede- en derdelijnsbehandeling³. De PROMISE-meso-studie toonde in de tweede lijn geen voordeel aan van behandeling met pembrolizumab boven chemotherapie met gemcitabine of vinorelbine⁴. Verder toonde de CONFIRM-studie een bescheiden PFS-winst aan voor nivolumab tegenover placebo van 3,0 versus 1,8 maanden (HR: 0,61; P < 0,001)⁵.

Overwegen behandelopties

Als nivolumab-ipilimumab zijn weg naar het mesotheliomen-spreekuur heeft gevonden, dan zullen met de patiënt de behandelopties moeten worden overwogen. Naast de genoemde overlevingswinst voor de groep mesotheliompatiënten als geheel kunnen daarbij de volgende aspecten van belang zijn.

- De overlevingswinst bij de verschillende subtypes mesothelioom is niet hetzelfde. Patiënten met het prognostisch slechte niet-epitheloïde subtype hebben evident de meeste winst van behandeling met nivolumab-ipilimumab (HR: 0,46 [95%-BI: 0,31-0,68]), terwijl patiënten met een epitheloïde subtype aanzienlijk minder baat lijken te hebben van de immuuntherapie in vergelijking met chemotherapie (HR: 0,86 [95%-BI: 0,69-1,08]).
- De responskans en de progressievrije overleving met chemotherapie en immuuntherapie zijn hetzelfde.
- Patiënten bij wie de immuuntherapie aanslaat zullen vaker en langer voor behandeling naar het ziekenhuis moeten komen.
- Afhankelijk van de centralisatie van de immuuntherapeutische zorg zal de belasting van een langere reistijd voor sommige patiënten van belang zijn en mogelijk zelfs een reden om hiervan af te zien.

Sjaak Burgers

Longarts Antoni van Leeuwenhoek in Amsterdam

Voorzitter Sectie Asbest-Gerelateerde Aandoeningen (SAGA)

Referenties

1. Baas P, Scherpereel A, Nowak AK, et al. First-line nivolumab plus ipilimumab in unresectable malignant pleural mesothelioma (CheckMate 743): a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet* 2021;397(10272):375-86.
2. NVMO-commissie ter Beoordeling van Oncologische Middelen. Nivolumab en ipilimumab als eerstelijnsbehandeling voor het irresektabel maligne pleuraal mesothelioom. *Med Oncol* 2021;24(6):35-8.
3. Maio M, Scherpereel A, Calabrò L, et al. Tremelimumab as second-line or third-line treatment in relapsed malignant mesothelioma (DETERMINE): a multicentre, international, randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2b trial. *Lancet Oncol* 2017;18(9):1261-73.
4. Popat S, Curioni-Fontecedro A, Dafni U, et al. A multicentre randomised phase III trial comparing pembrolizumab versus singleagent chemotherapy for advanced pre-treated malignant pleural mesothelioma: the European Thoracic Oncology Platform (ETOP 9-15) PROMISE-meso trial. *Ann Oncol* 2020;31(12):1734-45.
5. Fennell D, Ottensmeier C, Califano R, et al; Confirm Trial Management Group. Nivolumab versus placebo in relapsed malignant mesothelioma: the CONFIRM phase 3 trial. *J Thorac Oncol* 2021;16(3):S62 (abstract).

Mesothelioom compensatieregeling

Tijdig melden belangrijk voor het verkrijgen van compensatievergoeding

Mesothelioom

Mesothelioompatiënten komen in aanmerking voor een financiële tegemoetkoming, mits ze zich bij leven hiervoor aanmelden bij het Instituut Asbestslachtoffers. Tijdens de coronapandemie loopt het aantal (tijdige) aanmeldingen terug.

Sinds 1960 is bekend dat blootstelling aan asbest het risico op een mesothelioom sterk vergroot.¹ Dit geldt voor alle locaties waar een mesothelioom kan optreden, meestal pleuraal, soms peritoneaal. Na de zestiger jaren van de vorige eeuw hebben maatregelen tegen gebruik van asbest de incidentie van deze aandoening beoogd terug te dringen. Vanaf 1993 is er in Nederland een totaal verbod op de verwerking van asbest van kracht. Desondanks blijft het aantal patiënten met een mesothelioom in Nederland tot nu toe op zo'n 550 per jaar op hetzelfde niveau. Wel is de leeftijd waarop de ziekte wordt vastgesteld de laatste 10 jaar langzaam gestegen². De lange latentietijd tussen blootstelling en stellen van de diagnose is ongetwijfeld een belangrijke factor voor het uitblijven van een daling van dit aantal.

In de vorige eeuw hebben veel patiënten een verzoek tot financiële genoegdoening ingediend bij, meestal voormalige, werkgevers. Regelmatig leidde dit tot langdurige juridische



procedures. Bij een mediane overleving van 10 maanden na het stellen van de diagnose mesothelioom kwam het zelden tot toekenning van financiële compensatie bij leven. Om een einde te maken aan deze juridische lijdensweg is een compensatieregeling in het leven geroepen, waarbij volgens een compacte procedure binnen enkele maanden een compensatiebedrag aan patiënten met een Mesothelioom kan worden uitgekeerd. Deze regeling is van start gegaan in 2001

Maandelijks aantal aanmeldingen maligne mesotheliom bij het IAS, 2020 in vergelijking met gemiddelde 2015-2019

	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totaal
2015-2019	44	48	47	45	45	47	47	50	46	51	46	37	553
2020	56	38	42	33	27	52	45	37	41	36	38	39	484

en wordt uitgevoerd door het Instituut Asbestslachtoffers in Den Haag, de betalingen worden door de Sociale Verzekeringsbank verricht. Aanvankelijk werd alleen tot uitkering overgegaan als een (ex-)werkgever aansprakelijk kon worden gesteld, vanaf 2006 heeft iedere patiënt met een mesotheliom recht op een uitkering van momenteel 21.847 euro door de overheid. Om voor een tegemoetkoming in aanmerking te komen dient het asbestslachtoffer zich bij leven aan te melden.

In 2020 is het aantal patiënten dat zich niet bij leven heeft kunnen aanmelden toegenomen. In de maanden dat Corona-beperkingen van kracht waren, was het aantal aanmeldingen bij het IAS duidelijk lager dan het gemiddelde van de voorafgaande vijf jaar (tabel). Waarschijnlijk is dit veroorzaakt door een uitgesteld en langer diagnostisch traject en minder intensief contact met de betrokken specialist. Het ligt voor de hand dat dit een van de gevolgen van de COVID-pandemie is. Het lijkt daarom raadzaam de regeling nog eens over het voetlicht te brengen, zodat meer patiënten zich bij leven kunnen aanmelden voor de compensatieregeling.

In de praktijk worden patiënten met een mesotheliom geattendeerd op de compensatieregeling als de diagnose is gesteld. Dit wordt ervaren als het logische en juiste moment van aanmelding, omdat de diagnose uiteindelijk recht geeft op een tegemoetkoming. Echter, in sommige gevallen gebeurt het dat de diagnose bij leven nog niet definitief is

of de diagnose wordt pas zeker als de ziekte vergevorderd is en de aandacht meer op het naderende levenseinde dan op uitvoeren van een aanmeldingsprocedure is gericht. Begrijpelijke consequenties van een vaak op korte termijn letale aandoening.

Vanwege bovenstaande aspecten willen wij eenieder graag attenderen op de mogelijkheid de aanmelding bij het IAS te doen op het moment dat er een verdenking op de diagnose mesotheliom bestaat. Mocht een alternatieve aandoening naar voren komen, dan kan de aanmelding altijd weer worden ingetrokken. Door patiënten te stimuleren zich eerder aan te melden, kan voorkomen worden dat dit niet tijdens leven gebeurt en er dus geen recht bestaat op een tegemoetkoming.

Sjaak Burgers, Longarts, Anthoni van Leeuwenhoekziekenhuis en voorzitter SAGA Hugo Schouwink, Longarts, Medisch Spectrum Twente en bestuurslid I.A.S.

Jan Warning, directeur I.A.S.

Literatuur

1. Wagner JC, Sleggs CA, Marchand P. Diffuse pleural mesothelioma and asbestos exposure in the North Western Cape Province. *Br J Indust Med* 1960;17:266-71
2. https://www.asbestslachtoffers.nl/CMS/Kerncijfers_over_asbest_en_mesotheliom/show.do?ctx=637278,364853&anav=1957

Opinie: Duurzame inzet oncologische zorg en de rol van de wetenschappelijke verenigingen

Met de komst van doelgerichte en immuuntherapie hebben we voor grote groepen longkankerpatiënten veel effectievere behandelingen. Dit is mooi. Waar voorheen er voor uitgezaaide ziekte geen toekomst meer was zien we nu een vijfjaarsoverleving voor een belangrijk deel van de patiënten en dit is nog maar het begin¹. Blijkbaar betekent deze ziekte ook in een laat stadium niet langer per definitie het einde van het leven. In 2020 krijgen inmiddels meer dan 3000 patiënten immuuntherapie of doelgerichte therapie. Het is te verwachten dat in de komende jaar het aantal indicaties en het aantal dure oncolytics verder zal toenemen door uitbreiding naar vroegere stadia van de ziekte, het beschikbaar komen van medicatie voor meerdere mutaties (bijvoorbeeld HER2, KRAS, MET, NTRK) en een uitbreiding van het aantal immuuntherapeutica. De kosten van deze systeemtherapie stijgen hiermee tot astronomische hoogten en verdringen hiermee andere zorg (zie KWF rapport <https://www.kwf.nl/toegang-tot-geneesmiddelen/rapporten-dure-geneesmiddelen>). Afgelopen jaar hebben we meer dan 100 miljoen uitgegeven aan de behandeling van gevorderd niet-kleincellig longcarcinoom. Deze kosten zullen naar verwachting in de komende jaren verder oplopen naar 200 miljoen.

Steeds vaker komt de roep vanuit de samenleving om medeverantwoordelijkheid te nemen voor deze kostenstijging. Initiatieven vanuit de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Federatie Medisch Specialisten en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen beogen duurzaam

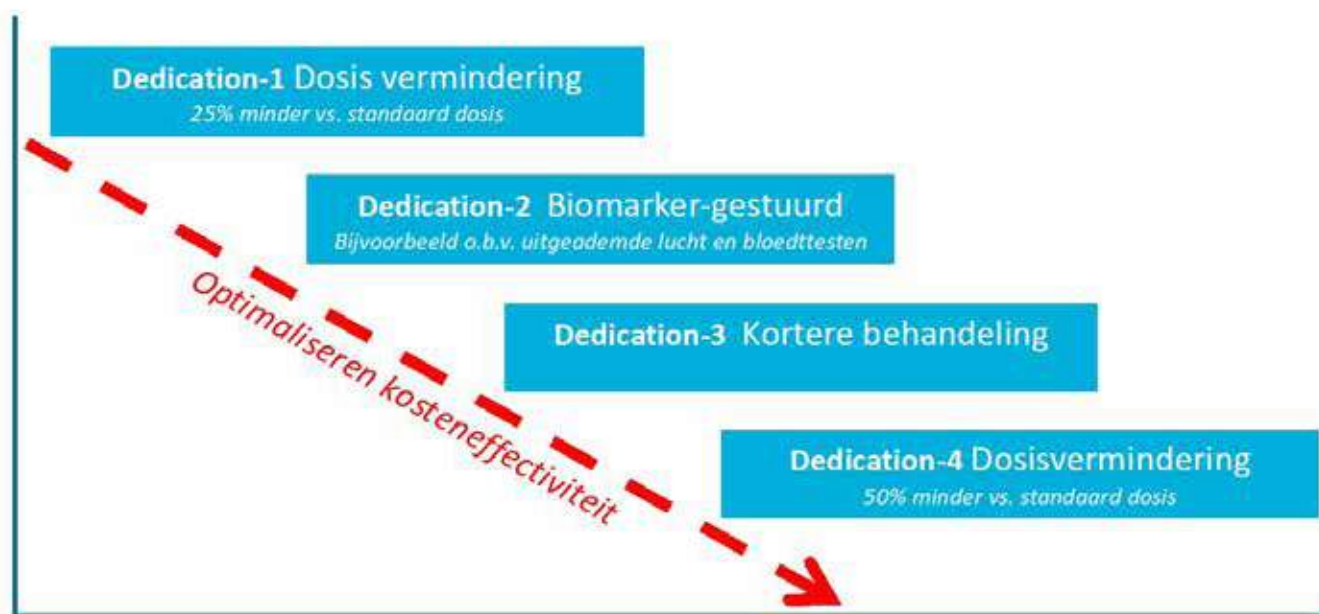
gebruik in de zorg te verankeren. Wat kan de wetenschappelijke vereniging hierbij doen? In het navolgende betoog beschrijven we een aantal inhoudelijke kansen waarmee we zorg kunnen innoveren, de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren en gelijktijdig een positieve impact kunnen hebben op het kostenbeslag. Dit vergt een gemeenschappelijke inzet.

Personaliseren behandeling

Op dit moment zijn de kosten van systeemtherapie voor het grootste deel afhankelijk van de kosten van het medicijn. Hiernaast is ongeveer een derde deel van de kosten gerelateerd aan inzet diagnostiek, de kosten van de dagbehandeling en van opnames die vaak plaatsvinden bij patiënten met uitgezaaide ziekte. Dus interventies die de dosis, de frequentie van behandeling en de duur van systeemtherapie beïnvloeden zullen op korte termijn de grootste impact hebben. Ook andere concepten zoals ‘pay for performance’ kunnen een invloed gaan hebben maar deze zijn nog niet goed uitgewerkt.

De dosis kan lager, maar alleen als dat voldoende bewezen is

De dosis van de oncolytische medicatie is vastgesteld tijdens de registratiestudies. We weten echter dat de dosis niet altijd even rationeel is vastgesteld. Bij doelgerichte therapie wordt vaak nog de dosis vastgesteld op basis van verdraagzaamheid. Deze manier van dosisontwikkeling is ontstaan bij de klassieke cytotoxische middelen, die alle snel delende



Figuur 1 Schematisch weergave van kostenreductie binnen Dedication-trials

cellen remmen: hierbij kan hematologische toxiciteit worden beschouwd als een maat voor effectiviteit, omdat dit veroorzaakt wordt door hetzelfde mechanisme als voor het doden van kankercellen. Bij doelgerichte therapie is het niet vanzelfsprekend dat bijwerkingen effectiviteit voorspellen, omdat de onderliggende oorzaken verschillend kunnen zijn. Er komt bijvoorbeeld steeds meer bewijs dat EGFR-remmers worden overgedoseerd en dat, zonder in te boeten aan effectiviteit, de dosering verlaagd kan worden om bijwerkingen te reduceren. Ook voor monoklonale antilichamen kan algemeen gesteld worden dat deze hoog worden gedoseerd. Dosisreductie zal dan niet direct leiden tot minder effectiviteit. Echter, er is bij een onomkeerbare ziekte als kanker onomstotelijk bewijs nodig dat de dosis kan veilig worden gereduceerd voordat de richtlijn kan worden veranderd. Soms leidt een lagere dosis tot minder bijwerkingen (bijv. bij CTLA4 gerichte therapie) maar meestal is dat niet zo. De kosten voor gecontroleerde studies, die de non-inferioriteit van behandelingen bestuderen, zijn fors. Voor de gebruikelijke tweede en derde geldstroom zijn dergelijke studies meestal niet betaalbaar. Patenthouders van dure geneesmiddelen zullen niet snel geneigd zijn een studie te financieren waar onderzocht wordt of een middel minder gebruikt kan worden. Gelukkig zijn hier nu alternatieven voor. Immers, voor de betaler van deze zorg is er wel een groot belang. Dit is de reden dat meerdere zorgverzekeraars in gemeenschappelijkheid de Stichting Treatmeds hebben opgericht. Deze stichting stimuleert duurzaamheidsprojecten en keurde recent de eerste NVALT-studie, de NVALT-30, goed voor financiële ondersteuning. In deze grote en ambitieuze studie onderzoeken we of een verlaging van de pembrolizumab dosis met 25% bij patiënten net zo effectief is. In deze studie wordt gelijktijdig ook onderzocht of 6-wekelijkse behandeling veilig is. Ook dit is nog nooit onderzocht en kan bijdragen tot een kostenreductie. Een bijkomend voordeel van de aanpak is dat we de patiënt meenemen in het ontwerp van de studies en zo medeverantwoordelijkheid geven. Voor de individuele patiënt geldt daarnaast dat eerst de informed consent-procedure moet worden afgerond voordat hij/zij deelneemt. Deze studie is breed gedragen door de diverse wetenschappelijke verenigingen en wordt ondersteund door de NVALT, NVMO, de NVZA en de patiëntenvereniging Longkanker Nederland.

De patiëntselectie kan beter

Slechts de helft van de mensen heeft een duidelijk voordeel van een behandeling met immuuntherapie. De andere helft van de mensen krijgt dus in feite een ineffectieve therapie die ook nog ernstige bijwerkingen kan hebben. We denken dat we hier nog veel kunnen verbeteren en in de NVALT-30 worden gelijktijdig biomarkers onderzocht die ons hierna

hopelijk na klinische validatie kunnen gaan helpen de immuuntherapie verder te personaliseren (Figuur 1) ^(2,3). We verwachten bij een flink deel van de patiënten bij voorbaat of zeer vroeg na start van de behandeling te kunnen voorspellen dat ze niet gaan reageren. Ook wordt er onderzocht of er aanwijzingen zijn dat therapie bij respons vroeger gestopt kan worden. Op de langere termijn kunnen biomarkers een grote invloed hebben op de kosten ook al is dat moeilijk te voorspellen omdat de ontwikkelingen in de behandeling

Vliegwiel voor innovatie

De dure geneesmiddelen creëren ook kansen. Er zijn steeds meer initiatieven voor het verbeteren van kosteneffectiviteit van dure behandelingen. Deze initiatieven kunnen werken als vliegwiel voor zorginnovatie. De NVALT-30 is hier een voorbeeld van. Alleen door continu onderzoek houden we op termijn de zorg betaalbaar. Het alleen maar behandelen van patiënten, zonder daarbij ook bij te dragen aan zorginnovatie, is onhoudbaar. Terwijl de farmaceut haar rol pakt en nieuwe systeemtherapieën ontwikkelt, zal de (semi-)publieke sector haar verantwoording moeten nemen voor het gepast gebruik van dure geneesmiddelen. De patiëntenverenigingen kunnen hierbij helpen bij het maken van keuzes, de ziekenhuizen dienen de zorginnovatie te faciliteren en stimuleren, de wetenschappelijke verenigingen dragen zorg voor de goede wetenschappelijke onderbouwing en het uitvoeren van het onderzoek en de zorgverzekeraars, maar ook de overheid, dienen de zorginnovatie mede te financieren. Samenwerking van zorgverleners, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en patiënten is een randvoorwaarde om dit vliegwiel aan te zwengelen. Zo kan de zorgverlener binnen de wetenschappelijke verenigingen zijn bijdragen gaan leveren en zorgen voor de zorg van de toekomst.

*Michel van den Heuvel, Longarts, Radboudumc
Rob ter Heine, Ziekenhuisapotheker Radboudumc*

Referenties

1. Reck M, Rodriguez-Abreu D, Robinson AG, Hui R, Csoszi T, Fulop A, et al. Five-Year Outcomes With Pembrolizumab Versus Chemotherapy for Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer With PD-L1 Tumor Proportion Score \geq 50. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2021:JCO2100174.
2. de Vries R, Muller M, van der Noort V, Theelen W, Schouten RD, Hummelink K, et al. Prediction of response to anti-PD-1 therapy in patients with non-small-cell lung cancer by electronic nose analysis of exhaled breath. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 2019;30(10):1660-6.
3. Moritz R, Muller M, Korse CM, van den Broek D, Baas P, van den Noort V, et al. Diagnostic validation and interpretation of longitudinal circulating biomarkers using a biomarker response characteristic plot. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*. 2018;487:6-14.

Frits Franssen nieuwe hoogleraar

Sinds 15 juni jongstleden heeft Nederland er eindelijk weer een ‘obstructieve’ hoogleraar bij: Frits Franssen is benoemd tot profileringshoogleraar aan de Maastricht University. Naast zijn werk als longarts in het MUMC+, is hij ook een van de bestuurders van Ciro: kennis- en behandelcentrum voor complex chronische longaandoeningen, hartfalen en slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen in Horn, Limburg.

Een jaar geleden had Frits ook al wat te vieren: hij werd benoemd tot lid van de raad van bestuur van Ciro. Nu dus wederom een mijlpaal voor hem. Frits: “Mensen dachten al dat ik hoogleraar was vanwege mijn positie, haha. Voor mijn leerstoel ga ik mij bezighouden met gepersonaliseerd management van COPD, dat nog lang niet zo ver is als de longkankerzorg, maar het gaat wel de goede kant op.” Zijn oratie zal plaatsvinden op 1 april 2022.

Gepersonaliseerde diagnostiek en behandeling

“Ik zal mij de komende 5 jaar richten op de medisch-wetenschappelijke kant van COPD, zeg maar de ‘treatable traits’ van de aandoening. Dit doe ik naast Martijn Smit, fysiotherapeut, hoogleraar en ook bestuurder van Ciro, die zich meer zal richten op de beweeg-kant van COPD”, vervolgt de kersverse hoogleraar zijn verhaal. “Ik ga mij richten op factoren die ziekte last bepalen bij COPD. Vaak hebben patiënten ook andere comorbiditeiten, zoals hartfalen of psychische klachten, die kunnen bijdragen aan klachten bij COPD. Maar hoe weet je of deze patiënt comorbiditeiten heeft? Je kunt niet alle onderzoeken doen bij een patiënt. Aan de hand van personaliseerde diagnostiek moet je risicoprofielen bepalen. We overwegen in Ciro een CT-scanner aan te schaffen, die ons kan helpen bij het gedetailleerd karakteriseren van patiënten. Zo kan longfunctie ook worden bepaald met de CT, evenals het in beeld brengen van de coronairen, spiermassa en osteoporose. Dit kan ook weer leiden tot gepersonaliseerde behandelingen, zoals bij patiënten met eosinofilie of verlaagde spiermassa, en tot predictiemodellen die respons op behandeling of mortaliteit voorspellen”, aldus Frits.

‘Living lab’

Een ander onderwerp van de leerstoel van Frits is om voorspellers te vinden voor exacerbaties bij COPD patiënten. Hij gaat

enthousiast verder: “Hiervoor gaan we meerdere studies opzetten in Ciro en MUMC+, waarbij we een soort ‘living lab’ willen creëren. Er wordt 3x per week bloed geprikt bij onze revalidatiepatiënten, die vaak worden opgenomen na een opname in het ziekenhuis vanwege een exacerbatie. Naast het bepalen van biomarkers, longfunctie, sputumkweken en symptoommetingen, wordt onder andere ook het microbioom bepaald in de ontlasting. Ongeveer de helft van onze patiënten krijgt wederom een exacerbatie tijdens opname in Ciro. Dus dit is een unieke setting, waarbij we antwoord hopen te krijgen op de vraag welke patiënten vatbaar zijn voor nieuwe longaanvallen via complexe predictiemodellen.”

In het onderzoek gerold

Frits studeerde geneeskunde aan de universiteit van Maastricht. Voor het blok fysiologie van hart en longen in zijn tweede jaar behaalde hij een goed cijfer. Zijn interesse was gewekt en hij wilde graag ook het keuzeblok pathofysiologie volgen. Dankzij zijn vasthoudendheid is hem dat gelukt. Frits: “Ik kreeg bericht dat ik de enige was die dit blok wilde volgen en kreeg het advies om iets anders te kiezen. Dat vond ik belachelijk en heb een brief teruggestuurd, want email bestond nog niet. Hoe kan ik een richting binnen de geneeskunde kiezen als ik niet weet wat een vak inhoudt? Vlak erna kreeg ik wederom een brief: ik mocht langskomen als ik echt geïnteresseerd was.” Zo kwam hij eigenlijk bij toeval eind jaren negentig terecht bij Miel Wouters, (emeritus) hoogleraar longziekten en Annemie Schols, destijds onderzoeker, en ondersteunde hij het onderzoek naar verminderde spier-



massa en -functionaliteit bij COPD. Na zijn artsexamen ging hij verder met een eigen promotieonderzoek naar sarcopenie bij COPD. Hoewel COPD een ondergeschoven kindje is binnen de longgeneeskunde, geeft Frits aan dat hij het onderwerp altijd erg interessant heeft gevonden. “Ik startte met een traditioneel onderzoek vanuit Maastricht (namelijk relatie tussen longziekten en voeding), maar ik heb er in de loop van de tijd een eigen draai aan gegeven door ook te kijken naar bijvoorbeeld cardiovasculaire ziekten, biomarkers en exacerbaties.”

Enorme kans

Tijdens zijn promotieonderzoek, begon hij ook met zijn opleiding tot longarts. Frits: “Na de afronding hiervan in 2009 kreeg ik de vraag of ik als longarts en medisch coördinator in Ciro aan de slag wilde. Ik was aanvankelijk teleurgesteld en wist niet of ik moest lachen of huilen. Chronische zorg in een derdelijns centrum in Midden-Limburg is natuurlijk heel anders dan acute longziekten en behandelkamertaken in Maastricht. Uiteindelijk ben ik erg blij met de kans die mij werd geboden om Ciro, maar ook de afdeling longziekten in het MUMC+ (inter)nationaal op de kaart te zetten. Na het pensioen van Miel Wouters, die tevens bestuurder was in Ciro, in 2019 werd diens portefeuille verdeeld tussen Martijn Spruit als wetenschappelijk bestuurder en mijzelf met het medische aandachtsgebied. Samen met Ingrid Augustin vormen wij nu de Raad van Bestuur van het centrum. Begin 2019 startte ook mijn traject om hoogleraar te worden. Na een lang en wat ondoorzichtig traject waarbij mijn rapporten door meerdere gremia zijn gegaan, kreeg ik eindelijk de brief dat alles rond was. Natuurlijk voel ik me vereerd, maar het was geen doel op zich voor mij. Ik zie het als een erkenning voor het werk in de afgelopen jaren, maar vooral als een fundament voor toekomstig COPD onderzoek in het Zuiden van het land.”

Complexe patiënten

Voor veel mensen staat longrevalidatie gelijk aan verbeteren van inspanningsvermogen, maar Frits ziet dit anders. “Ciro is meer is dan een revalidatiecentrum en verschilt ook van de andere longcentra in Nederland. Mensen met een ernstige, chronische, obstructieve longziekten brengen wij uitgebreid in kaart en wij bieden een breed pallet van behandelingen aan in combinatie met longrevalidatie, zoals endobronchiale ventielen, instellen op NIV, behandeling van comorbiditeiten en nieuwe medicatie studies. We zoeken meer de grenzen op bij complexe patiënten, want we zien dat er een behoefte aan is. Vaak nemen we patiënten direct vanuit het ziekenhuis over om ze te stabiliseren. Hoewel de meeste patiënten uit Zuid-Oost Nederland komen, is het aantal verwijzingen uit andere regio's de laatste jaren sterk toegenomen. We hebben bijvoorbeeld een hechte band met het Erasmus MC, zo komen bijvoorbeeld patiënten vóór of ná transplantatie of ICU opname bij ons revalideren. We richten ons echt op de meest ernstige patiëntengroep. Er staan altijd veel rollators en rolstoelen in de gangen.”

Ontwikkelingen

Recent onderzoek in de blue journal laat zien dat de sterftecijfers ten gevolge van COPD steeds meer dalen, ondanks dat het een leeftijdsafhankelijke ziekte is. “We zorgen steeds beter voor onze COPD patiënten”, stelt Frits vast. “Er zijn meer farmacotherapeutische mogelijkheden, NIV, endobronchiale ventielen, longtransplantatie: op de overall mortaliteit wordt effect bereikt. Maar eigenlijk staat de behandeling nog in de kinderschoenen. De tijd dat iedereen LABA/ICS kreeg is voorbij. We begrijpen nu beter wie azitromycine of thuisbeademing moet krijgen en wie niet. Er worden biologicals en mogelijk ook Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Receptor (CFTR) modulatoren voor COPD ontwikkeld. Wie weet wat de toekomst gaat brengen. Gelukkig heeft niet iedereen te maken met een progressieve ziekte, een deel heeft ook te maken met je ontwikkeling of krijg je mee van je familie. Soms overkomt de ziekte je, het is niet bij iedereen ‘eigen schuld’. Ik ben ook ‘klaar’ met boos zijn op de (ex-)rokende COPD-patiënten in Ciro. Ik leg uit dat er meer behandelmogelijkheden zijn als het wel lukt om te stoppen met roken. Ook voor compleet hopeloze gevallen doe ik echt mijn best, maar je hebt commitment nodig van zowel dokter als patiënt. Soms zie je spectaculaire resultaten en dat geeft veel voldoening.”

Revalidatie na COVID-19

Tijdens de eerste golf van de pandemie stopte de revalidatie in Ciro en nam het centrum ook COVID-19 patiënten op om de druk in de ziekenhuizen te verlagen. Frits: “Vanaf de tweede golf zijn we daarmee gestopt. We zien op de poli in het MUMC+ nog veel post-COVID-patiënten, ook in Ciro. We kunnen alleen mensen accepteren in Ciro als ze onderliggend longlijden hebben, omdat er geen 3e lijns revalidatie DBC is. Er is veel onderzoek geïnitieerd om te begrijpen wat er bij deze groep gebeurt, er is veel aandacht voor vanuit het longfonds en internationaal. Ik vind dat mensen ook meer geduld moeten hebben. Gelukkig is het grootste deel na 1 jaar klachtenvrij, kunnen normaal functioneren en hebben een normale longfunctie. De klachten worden te veel gemedicaliseerd, je moet jezelf weer activeren. Vaak wordt er geen goede diagnose gesteld. Regelmatig vraag ik me af hoeveel klachten iemand al had voordat hij ziek werd.”

Intrinsieke drive

Ondanks zijn drukke baan (of beter gezegd banen), beschouwt Frits de werkdruk niet als vervelend. “Ik heb een intrinsieke drive voor mijn werk; ik vind het heel leuk om te doen. Ik ben vrij gestructureerd en heb controle over mijn agenda. Gelukkig leent mijn werk zich hiervoor, want zonder hulp zou het niet mogelijk zijn. Mijn vrouw zorgt ervoor dat ik mijn handen vrij heb, zij coördineert onze verbouwing, het huishouden en de kinderen. Zij weet precies wanneer ik een deadline heb: dan luister ik naar harde techno muziek. Door hardlopen kan ik mij weer lekker ontspannen.”

Lisette Kunz

Klaar Repke Snijder

Per 1 juli jl. ging Repke Snijder met pensioen. Meer dan 36 jaren werkte hij in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein en Utrecht, eerst als arts-assistent en sinds 1990 als longarts. Sinds de jaren 90 is hij zich steeds meer gaan bezighouden met pulmonale vaatziekten en dan met name de ziekte van Rendu-Osler-Weber en pulmonale hypertensie. In dit interview blikt hij terug op zijn werk en leven als longarts en kijkt hij vooruit naar zijn leven als pensionado.

Repke ging in 1974 geneeskunde studeren in Utrecht. Na het afronden van zijn studie heeft hij een jaar als ANIOS interne geneeskunde gewerkt in Antoniushove in Leidschendam. De naam 'Antonius' beviel goed en in 1984 ging hij als arts-assistent werken in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, waar hij de opleiding tot longarts afrondde in 1990.

Wat ga je het meest missen?

Ik besef nu nog meer dan tijdens mijn werk hoe bijzonder het is om in goede sfeer intensief samen te werken met collega's. Vrijwel dagelijks had ik in de wandelgangen of tijdens besprekingen contact met jou (Hans-Jurgen Mager, red.), de cardiologen Marco Post en Thijs Plokker en met de vaatverpleegkundigen. De multidisciplinaire samenwerking kreeg een enorme boost, toen we ruim 10 jaar geleden samen met de interventieradiologen startten met wekelijkse pulmonale vaatbesprekingen en PH-besprekingen en tweewekelijkse CTEPH-besprekingen met ook de thoraxchirurgen erbij. Niet alleen de samenwerking en het intensieve contact met goede collega's, maar ook de inspirerende discussies mis ik nu al. Daarnaast mis ik ook het contact met de patiënten en de dankbaarheid van patiënten. Als voorbeeld noem ik een foto die een patiënt mij stuurde waarop hij met zijn racefiets op de top van de Tourmalet staat die hij kort daarvoor had beklommen, een inspanning die hij weer kon leveren na een pulmonalis endarteriectomie vanwege chronische trombo-embolische pulmonale hypertensie (CTEPH). Het was hartverwarmend om van zoveel patiënten waardering te krijgen in de vorm van bedankjes en cadeautjes bij mijn vertrek uit het St. Antonius Ziekenhuis. Tenslotte zal ik de discussies met de arts-assistenten missen. Het werken in een opleidingsziekenhuis en kritische vragen van arts-assistenten maken dat je scherp blijft en niet op de automatische piloot je werkzaamheden doet. In dit kader kan ik nog melden dat ik ook de diensten ga missen, maar zoals je zult begrijpen, vind ik dat geen probleem.

Waar heb je het meeste plezier aan beleefd?

Aan hetgeen ik ga missen, heb ik uiteraard veel plezier beleefd (behalve dan de diensten). Ik heb veel plezier beleefd aan de combinatie van enerzijds verdieping in pulmonale vaatziekten en anderzijds het bedenken en begeleiden van onderzoek. Een



mooi voorbeeld is de manier waarop de start is gegeven aan onderzoeksprojecten op het gebied van de ziekte van Rendu-Osler-Weber (ROW), hetgeen tot nu toe geleid heeft tot 5, binnenkort 6 promoties. Na het tweejaarlijkse internationale ROW-congres in 2005 in Lyon, hebben Marco Post, jij en ik in de trein terug naar Nederland uitgebreid zitten brainstormen en vervolgens een meerjaren onderzoeksplan opgesteld, dat uiteindelijk veel resultaten heeft gebracht (deels verwerkt in internationale richtlijnen) en dat nog steeds aan de basis staat van al het ROW-onderzoek dat we nu verrichten. Over congressen gesproken: de ROW-congressen waren mijn meest favoriete congressen, niet alleen vanwege het gespecialiseerde onderwerp, maar vooral ook vanwege de bijzondere sfeer, samenhangend met de kleinschaligheid (maximaal 250 deelnemers) en de sociale contacten. Van een heel andere orde, maar ook iets waar ik veel plezier aan heb beleefd, is de oprichting in 2004 van de multidisciplinaire werkgroep PH (inmiddels sectie Pulmonale Vaten) samen met Anco Boonstra en Anton Vonk Noordegraaf. Op die manier



gaven we al vorm aan spreiding en concentratie van zorg, lang voordat dit een officieel thema werd binnen de NVALT.

Wat heb je als longarts zien veranderen in 30 jaar?

In de loop der jaren zijn de aard en het aantal van de verrichtingen die een longarts uitvoert, aanzienlijk afgenomen. Ik heb nog bronchografieën verricht, maar de huidige arts-assistenten moet ik uitleggen wat een bronchografie inhoudt. Voorts heb ik zeker in mijn beginjaren als longarts veel starre bronchoscopieën en thoracoscopieën verricht, met alleen lokale verdoving. Dergelijke ingrepen zijn nu ondenkbaar. Waarschijnlijk is het aantal longartsen dat nu nog starre bronchoscopieën doet (onder sedatie of algehele narcose) op een paar handen te tellen. Natuurlijk zijn er ook verrichtingen bijgekomen, zoals de EBUS, maar die heb ik zelf niet gedaan. Binnen mijn eigen aandachtsgebied heb ik enorm veel zien verbeteren in de mogelijkheden om patiënten met pulmonale arteriële hypertensie (PAH) en CTEPH te behandelen. Tot eind jaren 90 kon PAH in Nederland alleen behandeld worden door middel van een longtransplantatie. Eind jaren 90 konden patiënten met PAH behandeld worden met epoprostenol intraveneus (Flolan). Niet lang daarna kwam bosentan (Tracleer) beschikbaar, een enorme doorbraak. In de jaren erna kwamen er steeds meer middelen beschikbaar om patiënten met PAH te behandelen, hetgeen ertoe geleid heeft dat de prognose voor deze groep patiënten nu veel beter is dan 20 jaar geleden. Ook wat betreft CTEPH geldt dat de prognose in de loop der jaren enorm is verbeterd. In eerste instantie al met het verrichten van een pulmonalis endarteriectomie (sinds eind jaren 90) en daarnaast ook met medicamenteuze behandelopties en sinds een aantal jaren ballon pulmonalis angioplastiek (BPA).

Voor wat betreft de werkdruk constateer ik dat het aantal uren werk per dag niet zozeer toenam in de loop der jaren, maar wel de intensiteit van het werk. Zowel de patiënten die tegenwoordig op de polikliniek komen, als de patiënten die worden opgenomen zijn gemiddeld zieker en hebben

complexere problemen, dan 20 jaar geleden. Voorts heb ik in de loop der jaren de opleiding tot longarts veel professioneler zien worden. Dat brengt weliswaar meer administratie met zich mee, zowel voor de arts-assistent als voor de opleider, maar heeft er ook toe geleid dat de opleiding geheel voldoet aan de eisen die de moderne maatschappij stelt.

Waar ben je het meest trots op?

Ik ben trots op de ontwikkeling die het expertisecentrum voor pulmonale vaatziekten van het St. Antonius Ziekenhuis heeft doorgemaakt. De organisatie staat nu stevig, de samenwerking met andere collega's is geformaliseerd binnen het ziekenhuis en er zijn nu 5 promovendi werkzaam op het gebied van ROW en PH.

Wat zijn je plannen?

Ik heb nog geen vastomlijnde plannen, maar wel veel ideeën. Mijn vrouw Simone is ook met pensioen en we hebben nu samen alle tijd om op pad te gaan. Daarnaast ben ik nu graag beschikbaar als oppas voor de kleinkinderen. Ik ben aan het nadenken op welke manier ik betrokken zou kunnen blijven bij het centrum voor pulmonale vaatziekten. Ik zie voor mezelf niet direct meer een rol in de directe patiëntenzorg, maar wel een rol in het participeren in onderzoeksprojecten.

Hans Jurgen Mager



Pulmonaal portret

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

Naam: Chantal Kroese - Bovée
Geboren: Broekhuizen, 1970
Opleidingskliniek: Rijnstate Ziekenhuis Arnhem
Huidige kliniek: Ikazia Ziekenhuis Rotterdam

Wat een ongelooflijke eer dat ik de pen doorgegeven krijg van Eric Ullmann. Eén van mijn favoriete opleiders, een echte patiënten-dokter met een groot hart. Met bijzonder veel plezier en trots denk ik terug aan mijn opleidingstijd in het Rijnstate ziekenhuis.

Waarom koos je specifiek voor de specialisatie longziekten?

Tijdens mijn coschappen heb ik van alles willen worden: neuroloog, psychiater, KNO arts, gynaecoloog. Uiteindelijk ben ik begonnen als ANIOS interne om eerst maar eens rustig na te denken en echt dokter te worden. Ik begon in Spijkenisse en ben daarna naar Arnhem gegaan. Daar kwam ik een beetje per ongeluk in opleiding tot internist. Binnen de interne heb ik nooit mijn subspecialisatie kunnen vinden. Bij mijn stage longziekten viel echter alles om zijn plek. Leuke aardige specialisten, gezelligheid, humor, de inhoud van het vak zelf en vooral de longpatiënten. Een vakgebied in volle breedte op een orgaan bij mensen bij wie ik me direct thuis voelde. Toen er een opleidingsplek kwam in Arnhem bij de longziekten was de keuze uiteindelijk snel gemaakt.

Wat is je aandachtsgebied en waarom?

Mijn hart ligt bij de COPD zorg. Dat was al zo in mijn opleidingstijd en ook nu in het Ikazia heb ik zowel klinisch als poliklinisch veel opgezet voor de COPD patiënt. Leren omgaan met een lijf dat zoveel beperkingen met zich mee brengt is zwaar. Een ziekte die nog steeds gepaard gaat met veel schaamte bij een patiënt omdat die het gevoel heeft dat die het zelf veroorzaakt heeft met roken. Elke hulp die je daarbij op allerlei verschillende vlakken kunt bieden is welkom.

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

Advanced care planning bij COPD en wat je op dat gebied voor een patiënt en zijn familie kunt betekenen. Heel erg dierbaar. En toch ook wel dat ik jaren geleden de rookabri op het ziekenhuisterrein heb weg gekregen en het hele terrein rookvrij werd. Mijn leukste lezing die ik ooit heb gegeven was hierover op een longverpleegkundigen congres. Daar heb ik verteld hoe het me uiteindelijk gelukt was en vooral welke fouten ik allemaal had gemaakt zodat niemand mijn fouten meer hoefde te maken.

Eigenlijk ben ik nog ergens trots op....

De manier waarop we ons in de regio Rotterdam en vooral binnen ons eigen ziekenhuis staande hebben gehouden in de coronapandemie de afgelopen anderhalf jaar. Crisiszorg van deze omvang en alles wat daarmee samenhangt is niet iets





waarop je voorbereid bent in je opleiding. Ik denk dat longartsen in Nederland zich van hun beste kant hebben laten zien.

Neem je het werk mee naar huis?

Verhalen van patiënten of mensen die me raken. Dat zijn wel dingen die ik meeneem naar huis. Op een positieve manier meestal. In de eerste en tweede coronagolf was ik continu bezig met mijn werk. Ik kon het in het begin heel moeilijk loslaten, droomde 's nachts over alles wat we nog moesten regelen of waar we rekening mee moesten houden. Gelukkig ben ik nu weer redelijk terug bij mijn normale manier van werk mee nemen naar huis.

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

Dat zou iets moeten zijn op onderwijsgebied, daar zou ik direct gelukkig in kunnen worden.

Wat was de belangrijkste verandering gedurende je loopbaan?

Van 3 weken kuren aan een prednison/theofylline infuus als COPD patiënt naar een opname van maximaal 3-7 dagen met een oraal prednison pad.

Hoe kijk je terug op je opleidingstijd?

Deze tijd was geweldig. Samen met Erik, Hanneke, Folkert en Janet hadden we onze eigen mini-maatschap, althans zo keken we er naar. Iedereen een eigen rol, goede voorbereiding van vergaderingen en elke stage beter achter laten dan dat je begonnen was. Omdat we de eerste groep opleidingsassistenten waren in Arnhem hebben we alles mee uit mogen vinden. De hele maatschap was een veilige omgeving en heeft ons enorm veel vrijheid gegeven om mee te denken en de opleiding mee vorm te geven.

Wat is er nodig om een goede longarts te zijn?

De patiënt in zijn waarde laten en goed luisteren. Alleen op deze manier kun je een normaal gesprek houden over stoppen met roken bijvoorbeeld.

Wat voor boeken of films hebben je aandacht?

Een van de mooiste boeken die in afgelopen jaar gelezen heb is 'de Keuze' van Edith Eger. Een inmiddels 92 jarige vrouw die Auschwitz overleefd heeft. Het boek heeft me er in de tweede Corona-golf doorheen geholpen. Door je meer te richten op wat je wel kan veranderen en je niet druk te maken om wat je niet kan veranderen en vooral dat je het moet uitspreken als een keuze niet goed was en dan een andere keuze moet maken. Daar zou het kabinet op Corona-gebied nog wat van kunnen leren

Aan wie mogen wij de volgende keer vragen stellen?

Ik wil het graag doorgeven aan Marjolein van Laren. Zij was de eerste ANIOS die in mijn Ikazia loopbaan na 6 maanden stage longziekten zo enthousiast was geraakt over ons mooie vak, dat ze ook longarts wilde worden. Marjolein, aan jou de eer!

Opleiding in de kijker: Medisch Spectrum Twente

Ons prachtige nieuwe ziekenhuis, anno 2016, staat in het Verre Oosten. Wij doen onze opleiding namelijk in Enschede. Enschede is van oudsher een echte textielstad. In menig museum wordt de herinnering aan deze geschiedenis in ere gehouden. Daarnaast staat Enschede uiteraard bekend om het Grolsch bier, iets waar menig tukker verzot op is.

Het Medisch Spectrum Twente (MST) is in 1990 ontstaan uit samenvoegen van de ziekenhuisorganisaties Ziekenzorg en Sint Joseph Stadsmaten in Enschede, het St. Bernardusziekenhuis in Losser, het Sint-Antoniusziekenhuis uit Haaksbergen en Heil der Kranken te Oldenzaal. De ziekenhuizen in Losser en Haaksbergen werden na de fusie gesloten. Het Medisch Spectrum Twente is een topklinisch ziekenhuis met een verzorgingsgebied van 264.000 inwoners. Omdat wij een regionaal traumacentrum zijn komen er ook veel patiënten uit Duitsland voor zorg naar onze kliniek. De Universiteit van Twente staat ook in Enschede en vanuit het MST is er veel samenwerking met deze Universiteit. Met name zijn er veel technisch geneeskunde studenten aanwezig in ons ziekenhuis. Dit is super leerzaam gezien de andere invalshoek en kijk op de medische wereld van deze studenten.

De opleiding longziekten kan voor het grootste deel in het MST afgerond worden, met uitzondering van het academische gedeelte, hiervoor vindt uitwisseling plaats met het UMCG. Wij zijn momenteel met 9 AIOS, 4 ANIOS en een PA-er. Daarnaast zijn er regelmatig collega's van andere specialismen (cardiologie, reumatologie, interne geneeskunde) die een deel van de vooropleiding bij ons doen. Er zijn 8 longartsen en 1 longfysioloog. De verpleegafdeling bestaat uit zo'n 24 bedden waar ook NIV en Optiflow gegeven kan worden. Er is nauwe samenwerking met de chirurgie ten aanzien van de long-oncologische patiënten, die rondom de operatie op onze afdeling liggen. Na de vooropleiding wordt de polistage opgestart die als een rode draad door de opleiding loopt, waarbij de AIOS één dagdeel per week poli doet. Ongeveer één dagdeel per week staan wij als AIOS ingedeeld op de behandelkamer. Hier leren we vele medisch technische vaardigheden zoals echo thorax, pleurapuncties en drainages, bronchoscopieën al dan niet met biopten, en EUS/EBUS. De slaaperelateerde zorg vindt plaats in het recent gerenoveerde poliklinische ziekenhuis in Oldenzaal. Hier werken we in het slaapcentrum nauw samen met



KNO- artsen, neurologen en een tandtechnicus. De longartsen worden ondersteund door PA-ers en technisch geneeskundigen. Door deze leuke samenwerking leren we vanuit meerdere kanten naar de verschillende casus te kijken. De slaapstage wordt gecombineerd met de longfunctie stage waarbij er intensieve samenwerking is met onze longfysioloog die alle tijd neemt om ons het beoordelen van fiets ergometrieën en longfuncties te leren.

Er is veel mogelijk om je eigen opleiding vorm te geven. Zo kan je een extra stage ILD doen en als je graag oncologie wil gaan doen is het mogelijk deze patiënten na je oncologiestage te blijven vervolgen. Alle onderdelen van de longoncologie worden in ons centrum behandeld en er is een goede samenwerking met het AVL. Ook voor de verdiepingstage kunnen we in het MST blijven; er is een ernstig astma verdiepingstage, een slaapverdiepingstage en een EUS/EBUS verdiepingstage.

Naast het harde werken is altijd ruimte voor humor en ontspanning. Er heerst een gemoedelijke sfeer in het hele MST, waarbij ondanks dat het één van de grootste niet-academische ziekenhuizen in Nederland is, bijna alle A(N)IOS elkaar

kennen. Kenmerkend hiervan is bijvoorbeeld het specialisme overstijgende ski-uitje met specialisten en assistenten van de cardiologie, interne geneeskunde, reumatologie en longgeneeskunde! Maar ook binnen onze 'longgroep' houden we van gezelligheid. Zo zijn er regelmatig spelletjesavonden en eenmaal per maand is er een borrel in Bierencafé de Beiaard waar de longartsen ook graag aansluiten.

Al met al een super ziekenhuis en een hele leuke opleidingsplek!
Ajuus!

Arnil Doebar
Marianne Engeland
Marjolein Heuvelmans
Dianne Klomp
Sharina Kort
Joanne Sloots
Mayke Tiggeloven
Lonneke Visscher
Aniek Wilke - Raamsteeboers



Jonge Klare in de Kijker

Naam: Hilde ten Horn

Geboortedatum: 04-11-1985

Opleiding geneeskunde: Universiteit van Amsterdam 2011

Opleidingskliniek: OLVG, Amsterdam

Werkt nu in: Spaarne Gasthuis, Haarlem

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

In het OLVG begon ik als ANIOS waar een fijne groep collega's zat waar ik me bij thuis voelde. Ik heb de vooropleiding en academische stage in het AMC gedaan, wat uiteindelijk een leuke combinatie heeft opgeleverd met de tijd in het OLVG. Terugkijkend was het een indrukwekkende tijd met hard werken, lange dagen, veel zieke mensen en grenzen van jezelf tegenkomen. Maar waarin ik ook constateerde dat ik de boel steeds beter kon managen. Het was ook een tijd met veel persoonlijke veranderingen, zoals samenwonen, kinderen krijgen. De tijd is voorbijgevlogen.

Wat is je aandachtsgebied en hoe ben je daarachter gekomen?

De chronische obstructieve longziekten vind ik het leukst. In het OLVG had ik een paar vaste klanten, die met een Amsterdams accent en gekleed in tijgerprint mij met 'lieverd' aanspraken. Door het chronische karakter krijg je lief en leed te horen. Na mijn zwangerschapsverlof moest ik eerst vertellen hoe het met de kinderen ging, voordat we het over de problemen van de patiënt mochten hebben. Astma ben ik gaan omarmen na een verdiegingsstage bij Els Weersink in het AMC. Zij leerde mij hoe je een astma 'moet ontleden' en zo gericht kan behandelen en dat, wanneer longfunctie, lab, FeNO etc. normaal zijn je dan verder moet kijken dan het vermeende 'astma'. Met de biologicals zijn er inmiddels zoveel meer mogelijkheden om de mensen met ernstig astma weer op de rit te krijgen zodat deze mensen weer een leven terugkrijgen. Daar doe je het voor.

Wat zijn de afgelopen jaren belangrijke momenten of mensen geweest die richting hebben gegeven aan jouw carrière?

Eerlijk gezegd had ik nooit gedacht dat ik longarts zou worden. Ik had een loopbaan als huisarts of MDL-arts in mijn hoofd. Tijdens mijn eerste baan als ANIOS in het Westfriesgasthuis in Hoorn heb ik langere tijd op de longafdeling gewerkt. De sfeer die daar heerste, de diversiteit aan pathologie en het acute karakter heeft ertoe geleid dat ik enthousiast werd. Roland Stallaert, longarts destijds in Hoorn, heeft mij geïnspireerd en op sleeptouw genomen. Hij liet mij vaak puncties doen of we plaatsten samen drains. Als SCEN-arts deed hij diensten in de regio, waarbij ik een keer mee mocht om zo'n gesprek bij te wonen. Erg indrukwekkend was dat. Toen ik vervolgens in het OLVG aan de slag mocht als ANIOS wist ik zeker dat ik longarts moest worden. Ik voelde mij op mijn plek in de groep en in het ziekenhuis. Jaring van



der Zee heeft mij veel geleerd tijdens de grote visites op de afdeling, onder andere over de achtergrond van hypoxemie, de eo's bij astma en hoe beroepen invloed kunnen hebben op longziekten. Daarnaast hebben gesprekken met Paul Bresser, destijds opleider, ertoe geleid dat ik de astma kant op ben gegaan. Mijn (oldschool) opleidingsmaten hebben ervoor gezorgd dat ik met zoveel plezier de opleiding ben doorgekomen.

Hoe heeft COVID-19 jouw opleiding beïnvloed?

COVID-19 heeft alleen het laatste staartje van mijn opleiding beïnvloed. Door COVID had ik minder tijd voor de supervisiestage en heb ik helaas minder EBUS-en kunnen doen. Maar COVID heeft mij ook veel geleerd. Hoe belangrijk menselijk contact is, hoe belangrijk het is dat familie betrokken is. De saamhorigheid van het ziekenhuis, schouders eronder en gaan, niet wetende wat ons allemaal te wachten stond. Het benadrukte de daadkracht en flexibiliteit van alle collega's.

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

Eenzijds is er door de komst van het coronavirus nog nooit zoveel werk geweest, dus dat is gunstig. Je komt nu gemakkelijk aan een tijdelijke baan. Anderzijds zie je steeds meer chef-constructies waarbij het niet meer vanzelfsprekend is dat, wanneer je goed functioneert je ook kunt blijven. Als ik kijk naar mijn oudere collega's heeft (bijna) iedereen een vaste aanstelling gekregen. Dus het moet vast goed komen.

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

Vanuit de opleiding ben ik direct gaan werken als chef de clinique in het Meander Medisch Centrum. Een compleet nieuw ziekenhuis, waar ik niets en niemand kende. De eerste 6 weken vond ik spannend en sliep ik minder goed als ik dienst moest doen. Maar gelukkig kwam ik in een hele fijne groep collega's terecht waar iedereen altijd bereid was om vragen te beantwoorden. Er werd spontaan aangeboden dat ik dag en nacht mocht bellen als ik er niet uit zou komen tijdens mijn dienst. Hier heb ik ook wel eens dankbaar gebruik van gemaakt. Dat geeft rust en vertrouwen dat het wel goed gaat komen. Na 6 weken voelde ik mij op mijn plek en was de grootste spanning ervan af. Uiteraard zijn er nog genoeg momenten waarop je even een hulplijn moet gebruiken, maar dat lijkt mij niet meer dan logisch. Hier in Haarlem gaat het net zo; ook een fijne groep collega's, waar de deur altijd open staat voor overleg of een bakje koffie. Wat heeft geholpen is dat je in de opleiding steeds meer verantwoordelijk krijgt, waardoor de overgang snel en soepel verloopt. Ik was gewend om in een drukke toko te werken, waardoor je je niet zo snel gek laat maken. Het draaien van volwaardige spreekuren aan het einde van de opleiding heeft mij een stuk efficiënter gemaakt.

Wat zijn de komende jaren jouw doelen?

Voor nu wil ik graag meters maken als medisch specialist. Een eigen behandelkamer, supervisie voor het beddenhuis en spreekuren draaien waarbij ik het vak nog in de breedte uitoefen. Maar uiteindelijk is een vaste aanstelling in een prettig groep, hopelijk in de regio Amsterdam mijn doel. Momenteel doe ik veel OSAS zorg, ook daar zie ik wel mogelijkheden voor verdieping. Maar obstructieve longziekten en eventueel een deel palliatieve zorg hebben mijn interesse. Daarnaast zou ik graag willen blijven bijdragen aan opleiding en onderwijszaken. Naast werk moet de balans goed blijven tussen werk en privé, met voldoende tijd voor mijn gezin, voor sporten en natuurlijk voor klaverjas-avonden met mijn vrienden.



Hoe combineer je je werk met je gezinsleven?

Een strakke weekplanning is essentieel en zonder een flexibele partner, een crèche/ BSO en oma's zou het niet lukken. Ik probeer, als de situatie het toelaat, op tijd weg te gaan, maar sla dan in de avond mijn computer open om zaken af te ronden of voor te bereiden. Door vier dagen per week te werken ben ik één dag thuis met Mare (4 jaar) en Freek (3 jaar). Voor mij werkt dit goed.

Heb jij adviezen voor beginnende assistenten?

Heb plezier in je werk en wees niet te perfectionistisch. Aan het begin van je opleiding hoef je echt niet alles te weten. Doe regelmatig een bakkie met je collega's. De opleiding is een tijd waarin je heel veel meemaakt, er veel van je gevraagd wordt en veel dingen deelt met collega's. Achteraf zie je hoe bijzonder die tijd eigenlijk is.

Zijn er zaken die je aan de opleiding zou willen veranderen?

Er is de laatste jaren al veel veranderd in positieve zin. Ik heb de academische stage als waardevolle aanvulling ervaren op de perifere opleiding. Het zou leuk zijn als je wat gemakkelijker nog een externe verdiepingsstage zou kunnen doen.

Optimizing the sequence of metastatic castration-resistant prostate cancer treatment options

Samenvatting proefschrift Sushil K. Badrising

Universiteit Leiden, 15 juni 2021

Promotor: Prof. dr. J.B.A.G. Haanen, co-promotor: Dr. A.M. Bergman

Tussen 2010 en 2013 zijn meerdere systemische antineoplastische geneesmiddelen geïntroduceerd voor patiënten met gemetastaseerde castratiere-sistente prostaatkanker (mCRPC), namelijk Enzalutamide, Abiraterone, Cabazitaxel en Radium-223. Enzalutamide en Abiraterone zijn beide middelen gericht op de androgeen receptor, Cabazitaxel is een tweede generatie taxaan en radium-223 is een radionucleotide.



De fase 3 studies waarmee de effectiviteit van deze middelen is aangetoond zijn parallel uitgevoerd in mCRPC patiënten die alleen behandeld waren met Docetaxel. Er was geen data bekend over de veiligheid en effectiviteit over sequentieel gebruik van deze nieuwe geneesmiddelen. Via een early-access programma waren in Nederland patiënten die reeds behandeld waren met Docetaxel en Abiraterone behandeld met Enzalutamide.

In het eerste deel van dit proefschrift zijn van meerdere centra patiëntgegevens retrospectief verzameld en geanalyseerd om de veiligheid en effectiviteit van Enzalutamide in deze populatie te evalueren. Wij concludeerden dat Enzalutamide in deze sequentie, vergeleken met de fase 3 studie (2e lijnsbehandeling), voor een kleinere groep patiënten effectief was (responsekans 54% en 21% en progressie vrije overleving (PFS) 17 en 36 weken, respectievelijk). Dit verschil komt waarschijnlijk door kruisresistentie tussen Enzalutamide en Abiraterone.

In vervolg onderzoek zijn we in deze populatie op zoek gegaan naar parameters die response op Enzalutamide voorspelden. We vonden een aantal parameters die voorspellend leken te zijn, namelijk een hoge Gleason score (score voor differentiatie van de prostaatkanker, hogere score duidt op slechtere differentiatie), hoge prostaat specifiek antigeen (PSA) verdubbelingstijd vóór start van Enzalutamide en het tijdsinterval tussen stoppen van Abiraterone en starten van Enzalutamide (IAE). IAE kon in twee groepen onderverdeeld worden; een groep met een kort tijdsinterval (IAE < 40 dagen) en een groep met een langer tijdsinterval (IAE ≥ 40 dagen). In deze twee groepen waren verschillen in eerder responsepercentages op Abiraterone. Ook werd er in de IAE ≥ 40 dagen subgroep een lineair verband gezien tussen IAE en PSA-respons op Enzalutamide, waarbij na 390 dagen de response kans op Enzalutamide vergelijkbaar was met die van de fase 3 studie. Deze bevindingen zijn suggestief voor verschillende resistentie mechanismen, maar ook dat in een deel van de patiënten de resistentie mogelijk reversibel is.

Radionucleotiden werden bij patiënten met mCRPC voornamelijk gegeven voor de behandeling van pijnlijke botmetastasen. Radium-223 is de eerste radionuclide waarbij een overlevingswinst is aangetoond, echter waren geen van de patiënten die geïncubeerd waren in de fase 3 studie behandeld met de nieuwere systemische antineoplastische geneesmiddelen, terwijl de hedendaagse mCRPC patiënt uitgebreid behandeld is voordat hij met radium-223 behandeld wordt. De vraag was dan ook of de resultaten van de fase 3 studie nog wel representatief waren voor de hedendaagse patiënt. Een andere belangrijke vraag die met de fase 3 studie niet beantwoord was, was het effect van radium-223 op pijnlijke botmetastasen, aangezien andere radionucleotiden normaliter gegeven worden om pijnlijke botmetastasen te behandelen.

We hebben een observationele prospectieve multicenter studie opgezet om te evalueren wat het effect was van radium-223 op overleving, veiligheid en op pijn. Dit laatste is geëvalueerd door maandelijks vragenlijsten gericht op pijn, kwaliteit van leven en analgeticagebruik te sturen naar de deelnemende patiënten. De resultaten van deze studie toonden aan dat radium-223 in uitgebreid voorbehandelde patiënten net zo veilig en effectief was als in de minder voorbehandelde patiënten van de fase 3 studie. De OS in onze populatie was vergelijkbaar met die van de fase 3 studie (15.2 en 14.9 maanden, respectievelijk), de reden is waarschijnlijk strenge patiënt selectie ondanks uitgebreidere voorbehandeling.

In het laatste artikel van het proefschrift is het effect van radium-223 op pijn en kwaliteit van leven (HRQoL) beschreven. De primaire uitkomst was een complete pijnresponse gedefinieerd als geen pijn zonder toename van opiaat gebruik. In totaal hadden 31% van de patiënten een complete pijnresponse en 27% een partiële verbetering van pijn, terwijl bij 33.3% van de patiënten de pijn stabiel bleef. Een gecombineerde analyse van QoL en pijn toonde dat 58% van de patiënten een complete of partiële pijnresponse hadden, gecombineerd met verbetering of stabiel blijven dan de HRQoL.

Onze studie toonde aan dat een significant deel van de met radium-223 behandelde mCRPC patiënten een verbeterde QoL en pijnrespons ervoeren, ondanks dat ze uitgebreid voorbehandeld waren. Deze resultaten suggereren dat de meerderheid van de hedendaagse mCRPC patiënten klinisch voordeel haalt uit de behandeling met radium-223.



Nieuwe tools voor typeren van obstructieve longziekten

Samenvatting proefschrift Orestes A. Carpaij

Rijksuniversiteit Groningen, 9 november 2020

Promotor: Prof. dr. H.A.M. Kerstjens,

co-promotores: dr. M. van den Berge, Dr. M.C. Nawijn

Om een stap te maken richting nieuwe behandelingen voor obstructieve longziekten, is wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk met name van de multifactoriële ziektebeelden zoals astma en COPD, zowel op fenotypering als op endotypering (i.e. fenotyperen op basis van een onderscheidende biologische 'pathway' binnen een ziektebeeld). Voorbeelden van fenotyperen zijn termen als kleine luchtwegziekte en luchtwegremodelering. Onder endotypering vallen verschillende onderzoeksthema's eindigend op -omics, zoals 'proteomics', 'genomics' en 'transcriptomics'. Het proefschrift van Orestes Carpaij introduceert een aantal nieuwe tools die bovenstaande kenmerken van obstructieve longziekten in kaart brengt, zoals de PEXA (particles of exhaled air), OCT (optical coherence tomography) en single-cell RNA sequencing.



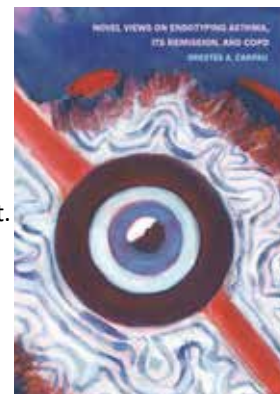
Kleine luchtwegziekte

Kleine luchtwegziekte of -dysfunctie komt voor in alle stadia van astma en COPD. Er wordt zelfs gesuggereerd dat kleine luchtwegziekte de belangrijkste oorzaak is van kortademigheidsklachten, omdat het effectieve oppervlakte van de alveoli drastisch wordt verlaagd. Er bestaan gespecialiseerde longfunctietesten die kleine luchtwegziekte kunnen benaderen, zoals alveolaire NO en 'multiple breath nitrogen washout' (MBNW). Helaas kunnen deze testen alleen worden uitgevoerd door getrainde longfunctieanalisten en zijn ze lastig uit te voeren voor patiënten met een slechte longfunctie. Een nieuwe tool, PEXA, telt uitgeademde vochtdeeltjes, vangt de deeltjes op, en de test is makkelijk uit te voeren voor zowel patiënt als analist. Om te achterhalen of PEXA een nieuw instrument is voor analyseren van kleine luchtwegziekte, werd de uitgeademde hoeveelheid deeltjes geassocieerd met zowel kleine als grote luchtwegparameters. Een scala aan longfuncties bleken significant geassocieerd, terwijl de kleine luchtwegparameter MBNW Scnd*VT onafhankelijk geassocieerd bleek te zijn. Met andere woorden: hoe lager de hoeveelheid gemeten uitgeademde deeltjes, hoe ernstiger de kleine luchtwegziekte.

Remodelering van de luchtwegen

Bij patiënten met astma of COPD kan chronische inflammatie structurele veranderingen in de longen veroorzaken. Deze ontsteking zorgt onder andere voor influx van leukocyten in de luchtwegwand, verdikking van de luchtwegwand (e.g. toename van collageen deposities), angiogenese en toename en groei van glad spierweefsel. Dit fenomeen wordt luchtwegremodelering genoemd en wordt gezien als de reden waarom de klachtenbestrijding bij astma en COPD zo hardnekkig is; inhalatiecortico-

steroiden hebben helaas tijdelijk effect. Onderzoek naar remodelering van de luchtwegen zou uiteindelijk ook naar therapieën kunnen leiden die het proces terugdraaien. Tot op heden is histologie (biopteren tijdens bronchoscopie) de gouden standaard voor het vaststellen van remodelering. Het nadeel van histologie is dat de uitslag lang kan duren en de uitslag van een klein biopt gegeneraliseerd wordt voor het hele longbeeld. OCT is een probe met infraroodsensor, die ingebracht kan worden via de bronchoscopie en dwars- en lengtedoorsnedebeelden kan maken van de luchtwegen. Het UMCG en het Amsterdam UMC hebben samengewerkt om ex-vivo-histologie van lobectomieën te correleren met densiteit van extracellulaire matrixcomponenten. Tijdens dit onderzoek werd een toename van collageendeposities in de luchtwegwand gezien wanneer de intensiteit van infrarood toenam. De OCT-beelden leken dus een mate van luchtwegremodelering te visualiseren.



Single-cell RNA sequencing

Een ontwikkeling in fundamenteel onderzoek is de mogelijkheid om genexpressie per cel te analyseren, door middel van zogenoemde single-cell RNA sequencing. Hierdoor kunnen samples cel per cel transcriptieel geprofileerd worden, in tegenstelling tot genexpressie van de hele bulk cellen die zich in bijvoorbeeld een biopt bevindt. Deze techniek werd toegepast op bloed, neusbrusjes, longbrusjes en longbiopten van zowel astmatici als gezonde controlepersonen. Zo werd remodelering van de luchtwegen beter in kaart gebracht en nieuwe celtypen gevonden, zoals ionocyten en 'tissue resident memory cells', maar ook cellen in transitie, zoals 'mucous ciliated cells'.

Toekomstig onderzoek

Nieuwe tools geven antwoorden, maar werpen uiteraard ook nieuwe vragen op. Toekomstig onderzoek zal moeten aantonen of de opgevangen luchtwegdeeltjes ook aberrante eiwitten bevatten bij patiënten met kleine luchtwegziekten, terwijl er geen sprake is van grote luchtwegbetrokkenheid. Verder zal de OCT worden gebruikt om patiënten met verschillende vormen van astma (i.e. personen die over astma heen zijn gegroeid, met mild of ernstig astma) te analyseren, waarbij remodelering van de luchtwegen in kaart wordt gebracht. Gezien het feit dat het reeds bestaande cohort van astmapatiënten, personen met zogenaamde astmaremissie en gezonde deelnemers beschikt over single-cell RNA sequencing, zal toekomstig onderzoek zich focussen op transcriptieprofielen van ontstekings- en epitheelcellen tussen patiënten met astma in vergelijking met personen met astmaremissie, om te achterhalen welke biologische pathways verantwoordelijk zijn voor het verdwijnen van de klachten.

Technological innovations in endobronchial lung cancer diagnostics

Samenvatting proefschrift Roel L.J. Verhoeven

Radboud University Medical Center, 7 juni 2021

Promotoren: Prof. dr. ir. C.L. de Korte, co-promotor: Dr. E.H.F.M. van der Heijden



Dit proefschrift gaat over flexibele bronchoscopie binnen de longkanker diagnostiek. Er wordt gekeken naar de toegevoegde waarde van beeldvormende en navigatie technieken voor zowel de stadiering als diagnose van longkanker. Het proefschrift is opgedeeld in twee delen; 1) de endoscopische lymfeklier stadiëring, en 2) het endoscopische benaderen van verdachte perifere longafwijkingen.

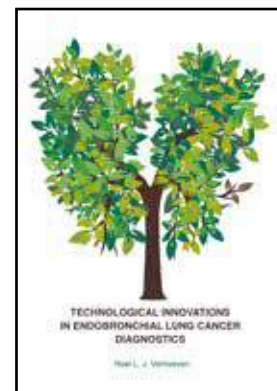
Het eerste deel van dit proefschrift beschrijft de waarde van beeldende echotechnieken zoals gemeten met de EBUS-endoscoop in het longkanker stadiëeringsproces. Uit een prospectief verzamelde multi-center internationale dataset met 327 patiënten (525 lymfeklieren) wordt geconcludeerd dat een relatief nieuwe techniek – genaamd ultrasound strain elastografie – kan helpen bij het inschatten van de kans op maligniteit. Deze techniek probeert de vervorming van weefsel in opeenvolgende echobeelden in kaart te brengen, met als bron van vervorming het cardiovasculaire systeem. Een lagere strain – stijver weefsel – blijkt voorspellend voor de kans op maligniteit in de individuele lymfeklier. We kunnen daarbij concluderen dat deze techniek individueel gebruikt kan worden, maar ook in combinatie met andere waardevolle klinische informatie zoals PET-aviditeit en de van oudsher gebruikte lymfeklier-grootte. Er wordt tevens gekeken naar de waarde van de bekende conventionele echo karakteristieken zoals korte-as grootte, centraal hilare structuur aanwezigheid, necrose, klier ovaliteit en klier marge. De klier grootte blijkt een objectieve voorspellende waarde, terwijl de overige kenmerken van beperkte meerwaarde zijn. Dit wordt mede veroorzaakt doordat verschillende longartsen deze kenmerken (behalve de grootte) niet afdoende reproduceerbaar kunnen scoren (intra- en inter-observer variabiliteit).

Het tweede deel van dit proefschrift beschrijft de endoscopische benadering van verdachte perifere longafwijkingen, ook wel de navigatie bronchoscopie. Een eerste prospectieve studie vergelijkt in welke mate twee verschillende navigatie technieken tot

een succesvolle diagnose van deze perifere afwijkingen kunnen leiden. De primaire techniek is daarbij 1.) electromagnetische navigatie óf 2.) de navigatie faciliteiten van de hybride OK. Bij het niet adequaat bereiken van

de afwijking middels de primaire techniek wordt er een cross-over toegepast door ook gebruik te maken van de tweede techniek. De electromagnetische navigatie berust op plaat onder de patiënt die een zwak elektromagnetisch genereert en bijbehorende sensoren die in stuurbare catheters door de bronchoscoop opgevoerd kunnen worden. Door de sensoren i.c.m. het veld kan in 3D bepaald worden hoe de stuurbare catheter georiënteerd en gepositioneerd is. Nadat het systeem gekalibreerd is met de positie van de patient kan er door middel van een pre-procedurele CT met daarop een uitgestippeld pad via een virtueel bronchoscopie beeld genavigeerd worden. De tweede techniek - de hybride OK faciliteiten - duidt op het gebruik van een cone-beam CT systeem, een systeem wat zowel röntgen doorlichtingsbeelden als cone beam CT scans kan maken. Omdat dit systeem exact weet waar de tafel met daarop de patiënt zich in de ruimte bevindt, kunnen cone beam CT scans met röntgenbeelden gefuseerd worden. Na het maken van een eerste cone beam CT scan kan er op het bijbehorende werkstation een afwijking en navigatiepad geselecteerd worden, en vervolgens op het röntgendoorlichtingsbeeld in de kamer geprojecteerd. Met elke draaiing en beweging van het röntgensysteem in 3D wordt de projectie correlerend aangepast. Onder geleiding van deze projecties en de mogelijkheid van additionele cone beam CT scans wordt een stuurbare catheter naar de afwijking geleid. Na implementatie van deze procedure en inclusie van de eerste 87 patiënten blijkt de combinatie van technieken vooralsnog het meest accuraat, en wordt zo'n 90% van de afwijkingen bereikt. Indien er slechts één techniek gebruikt wordt blijkt het cone beam CT systeem het meest accuraat.

Ervaring en het toespitsen van de beeldvormende protocollen van het cone beam CT systeem naar deze specifieke procedure blijkt echter ook een belangrijke verbetering van de stralingsveiligheid en diagnostische accuraatheid teweeg te brengen. In de tijd dat 238 cone beam CT-geleide navigatie bronchoscopiën worden uitgevoerd in het Radboudumc, verbetert de diagnostische accuraatheid significant van 72% naar 90%. Tegelijkertijd wordt de effectieve procedurele dosis gereduceerd van 14.3 naar 5.8 mSv. Een gedetailleerde analyse van procedurele karakteristieken laat tevens zien dat het succesvol bereiken van een afwijking niet garant staat voor een accurate diagnose en dat het soort instrumentarium om weefsel te verkrijgen hierin een belangrijke factor speelt. De uitkomsten van deze studies zijn van waarde voor toekomstige implementatie en verbetering van nationale en internationale navigatie bronchoscopie programma's.



Het pulmonaal grootcellig neuro-endocrien carcinoom (LCNEC): een unieke vorm van longkanker?

Samenvatting proefschrift Bregtje C.M. Hermans

Universiteit Maastricht, 6 juli 2021

Promotoren: Prof. dr. A-M.C Dingemans, Prof. dr. E-J.M Speel, co-promotor: Dr. J.L. Derks

Ongeveer 1-3% van alle nieuwe gevallen van longkanker is het grootcellig neuro-endocrien carcinoom (LCNEC). Dit is een agressieve vorm van longkanker: patiënten met uitgezaaide ziekte hebben een gemiddelde overleving van 4-9 maanden. De behandeling voor hen bestaat momenteel uit chemotherapie, waarbij het nog niet geheel duidelijk is of het best chemotherapie gegeven kan worden zoals bij SCLC (d.w.z. platinum+etoposide) of zoals bij NSCLC (b.v. gemcitabine-cisplatine). LCNEC kan worden onderverdeeld in 2 subgroepen: de eerste groep met RB1 mutaties en verlies van pRb expressie (SCLC-like) en de tweede groep wildtype voor RB1 en met behouden pRb expressie, maar met bijvoorbeeld STK11/KEAP1 mutaties (NSCLC-like). Deze subgroepen hebben mogelijk invloed op de effectiviteit van verschillende soorten therapie.



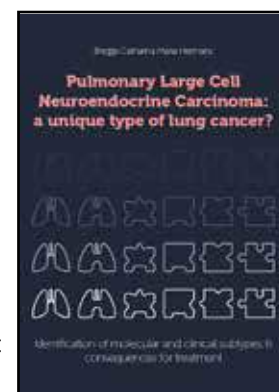
In dit proefschrift is allereerst gekeken of het onderscheid tussen deze twee LCNEC subgroepen ook gemaakt kon worden op basis van CT-scans. Helaas bleek dit zowel met een klinische beoordeling door longartsen en radiologen, als met een radiomics model, niet mogelijk. Wel zagen we dat LCNEC er op beeldvorming vaak uitziet als NSCLC, terwijl meer dan de helft pathologisch gezien van het SCLC-like subtype is.

Hierna zijn drie speciale subgroepen van LCNEC beschreven. Het vóórkomen van LCNEC gecombineerd met adenocarcinoom, waarbij zowel RB1 mutaties als mutaties typisch voor het adenocarcinoom werden gevonden, wijst op de samenhang tussen deze twee tumoren. Dit geeft ons meer inzicht in de ontstaanswijze en ontwikkeling van LCNEC. Ook wordt een groep LCNEC patiënten met een solitaire hersenmetastase beschreven. In deze groep lijkt Ki-67 een prognostische marker waarmee wellicht geselecteerd kan worden voor in opzet curatieve- of palliatieve therapie. Ten slotte wordt een groep patiënten gepresenteerd die vanwege een hoge mitotische index als LCNEC worden geclassificeerd, maar vanwege hun behouden morfologie meer op carcinoïden lijken. Behouden pRb expressie blijkt een goede prognostische factor in deze groep. Voor de drie subgroepen geldt dat aanvullend onderzoek nodig is om meer duidelijkheid te krijgen over de klinische relevantie en consequenties voor beleid.

Vervolgens wordt ingegaan op nieuwe behandelmogelijkheden voor LCNEC. DLL3 gerichte therapie is veelbelovend, gezien de hoge DLL3 expressie in SCLC en LCNEC (84%), terwijl er zeer weinig expressie is in normaal weefsel. Een eerste ontwikkeld medicament toonde echter teleurstellende resultaten in een fase 3 studie, momenteel worden wel andere middelen ontwikkeld. Pd-11 expressie werd slechts in 16% van LCNEC gezien, vergelijkbaar met de expressie in SCLC en veel lager dan de expressie in NSCLC. Er is dan ook slechts een beperkte respons te verwachten van Pd-11 monotherapie in LCNEC patiënten. Nader onderzoek zal uit moeten wijzen of het combineren van Pd-(1)1 remmers met andere systemische therapie wel van toegevoegde waarde is bij LCNEC en welke predictieve markers kunnen worden gebruikt voor een optimale selectie van patiënten.

Tenslotte werd het metastaseringspatroon van pulmonale neuro-endocriene neoplasmata (NEN) vergeleken met de metastaseringspatronen van gastro-enterale en pancreas NEN. Hieruit bleek dat gastro-enterale en pancreas NEN verreweg het meest naar de lever metastaseren, terwijl bij long NEN naast de lever ook bijvoorbeeld de botten en hersenen frequent zijn aangedaan. Met name het verschil in hersenmetastasen is klinisch relevant aangezien de relatief hoge incidentie bij long NEN pleit voor screening, in ieder geval bij patiënten met hooggradige NEN. Al met al is LCNEC een unieke vorm van longkanker, waarbinnen ook weer specifieke subgroepen te onderscheiden zijn. Er zijn echter ook veel overeenkomsten met andere vormen van (long) kanker, waar we van kunnen leren om LCNEC beter te begrijpen én behandelen.

De complete proefschriften kunt u downloaden op de [NVALT-website](#).



Anneke ten Brinke Fellow van de ERS

Deze zomer krijgt Dr Anneke ten Brinke, werkzaam in het Medisch Centrum Leeuwarden de erkenning Fellow van de ERS (FERS) uitgereikt voor haar werk in zowel de kliniek als het onderzoek naar ernstig astma. Naast klinisch werk publiceert ze regelmatig in grote bladen en begeleidt ze promovendi. Deze prestigieuze onderscheiding was voor de PulmoScript redactie aanleiding om haar te laten interviewen.

Anneke wat betekent het voor jou om deze erkenning te krijgen?

Allereerst was het een geweldige verrassing voor me om te horen dat ik hier voor genomineerd was. Ik zie de FERS als een belangrijke inhoudelijke erkenning van de internationale longgemeenschap en Europese vakgenoten, waarin vooral naar prestaties op wetenschappelijk gebied, maar ook naar bijdrages aan opleiding en klinisch werk wordt gekeken. Elk jaar worden zo'n 10-20 mensen onderscheiden en toegevoegd aan de 'FERS-collectie' van experts op diverse long aandachts-

gebieden. Het is voor mij natuurlijk een enorme eer om toe te treden tot dit illustere gezelschap. Ik ben al jaren nationaal en internationaal actief in het ernstig astma veld en vind het altijd enorm stimulerend om met collegae samen te werken om het inzicht in zo'n heterogene aandoening als astma te verdiepen en de ernstig astmazorg te optimaliseren. Een prachtig voorbeeld vind ik de samenwerking binnen SHARP, het Europese ernstig astma netwerk en register, waar ik als National Lead Nederland vertegenwoordig en actief betrokken ben bij verschillende belangrijke wetenschappelijke projecten.

Wat bewoog je om naast je klinisch werk als longarts in een groot en druk ziekenhuis nog zo uitgebreid onderzoek te gaan doen?

Na mijn promotie in 2001 op het onderwerp ernstige astma verkaste ik van Leiden naar Leeuwarden, maar m'n interesse in ernstig astma bleef, evenals m'n liefde voor de wetenschap. Voor patiënten met moeilijk behandelbaar en ernstig astma is



namelijk veel te winnen in kwaliteit van leven en afname van zorgconsumptie. Ook de heterogeniteit van de aandoening, met het groeiende inzicht in onderliggende pathofysiologie vind ik fascinerend. Ik kreeg steeds meer second-opinion verzoeken en in 2013 leidde dit tot een speciaal MCL 1-daags ernstig astma programma. Dit programma is heel succesvol en uniek voor Nederland, en dat merken we tot de dag van vandaag door de verwijzingen vanuit het hele land. Vanaf het begin hebben we de koppeling gemaakt met wetenschappelijke projecten, vooral gericht op het gebied van fenotypering, pathofysiologische mechanismen, monitoring en therapeutische benaderingen van ernstig astma. Dat deden we onder andere door gebruik te maken van de grote hoeveelheid data die we in het MCL structureel verzamelen als onderdeel van het klinische proces betreffende de zorg voor ernstig astmapatiënten. Heel klinisch onderzoek dus, vanuit de zorg vraagstellingen formuleren met relevantie voor de dagelijkse praktijk, dat is wat we uitstekend kunnen in grote niet-academische ziekenhuizen als het MCL.

In deze tijd waar veel collega's worstelen met time-management en burn-outs bij velen van ons op de loer liggen, waar haal je de tijd vandaan?

Tja, een beetje workaholic moet je misschien wel zijn, om dit alles te kunnen doen. Maar het geeft me vaak ook veel energie. Met elkaar goede projecten bedenken en uitvoeren is echt geweldig leuk, evenals het delen van de nieuwste inzichten in voordrachten of webinars. Uiteraard zucht ik ook wel eens, als er weer een weekend achter de computer verstrijkt. Mijn vakgroep verdient ook een geweldig compliment in deze. Al een heel aantal jaren heb ik een middag per week mogen gebruiken voor het ernstig astma onderzoek. Dat is best bijzonder voor een perifere vakgroep, en heeft absoluut bijgedragen aan het succes. Afgelopen jaar heb ik na meer dan 15 jaar het opleiderschap overgedragen. De tijd die hierdoor vrij viel mag ik nu ook invullen met wetenschap. Het MCL heeft namelijk 3 specialisten, waaronder ik, ieder een dag per week vrij gespeeld voor meerjarig onderzoek, onder het motto van 'Medicine based Evidence'. Een geweldige ontwikkeling, zo komt wetenschap ook in STZ-ziekenhuizen geleidelijk aan uit de hobby-sfeer en wordt het terecht een steeds belangrijker pijler.

Waar ben je het meest trots op binnen je werkzaamheden rondom ernstig astma?

Ik ben eigenlijk trots op verschillende zaken. Ik begon een

tijd terug alleen met mijn ernstig astma hobby. Ondertussen staat er een heel MCL ernstig astma team. Een geweldig team dat niet alleen zorgt voor de beste zorg voor onze patiënten, maar wat ook een belangrijke bijdrage levert aan wetenschappelijke projecten. Op dit moment lopen er op astma gebied 5 PhD trajecten in het MCL. Met heel diverse onderwerpen, o.a. naar de relatie met voeding en vetvrije massa, naar het terugdringen van prednisolon gebruik, naar voorspellers van response en de mogelijkheden van targeted drug monitoring bij de dure biologicals, naar effecten in de small airways en naar voorspellers van het ontstaan van astma op volwassen leeftijd. Ik ben geweldig trots op de jonge mensen die keihard werken aan deze projecten, dat valt in de COVID-tijd echt niet mee. En ik ben ook best een beetje trots op de positie die ik internationaal heb verworven en zie zo'n FERS-erkenning toch wel als bekroning voor veel hard werk.

Wat zijn je plannen voor de toekomst?

We streven voorop te blijven lopen met onderzoek en nieuwe ontwikkelingen op het gebied van ernstig astma. Daarin zal mijn inziens het patiënten-perspectief toenemend belangrijk zijn en dat proberen we op lokaal, landelijk en Europees niveau vorm te geven. Heel leuk vind ik bijvoorbeeld een momenteel lopend Europees onderzoek (SHARP) dat vanuit de patiënten is ontstaan, waarin ernstig astma patiënten wordt gevraagd aan te geven wat hen het meest hindert aan hun astma. Vervolgens moet hun eigen longarts aangeven wat die denkt dat zijn of haar patiënt het meest dwars zit. Ik kijk nu al uit naar de resultaten, we kijken als dokters zo gemakkelijk vanuit ons eigen perspectief en geven vaak veel te weinig ruimte aan de patiënt. Dit gebied van patiënt empowerment wil ik graag verder helpen ontwikkelen. Daar gaan we aan werken binnen RAPSODI, het Nederlands ernstig astma register, waarvan ik in het najaar het voorzitterschap zal overnemen van Liesbeth Bel. Maar ook in het MCL streven we ernaar patiënten nauwer te betrekken bij het optimaliseren van de ernstig astma zorg. Daarom is er net in het MCL een patiëntenraad voor ernstig astma opgezet. Vijf patiënten gaan in deze raad meedenken over hoe we, vanuit het ernstig astmacentrum van het MCL, verbeteringen kunnen doorvoeren op dit gebied. Meer gebruik maken van PROMs en hoe artificial intelligence ons kan helpen zijn daarbij mijns inziens belangrijke en kansrijke te exploreren opties.

Wouter van Geffen

Medische missie naar Suriname

De eerste tekenen van een afname van de IC- en ziekenhuisbezetting met COVID-patiënten in Nederland gloren en dan komt via diverse kanalen de oproep. In Suriname neemt het geenszins af, er is zelfs sprake van 'code paars'. De ziekenhuizen liggen vol, er is een gebrek aan zuurstof, aan vaccins maar vooral ook aan handen aan het bed. Vanuit Nederland wordt een medische missie opgezet en daar nemen ook wij aan deel.

Daar gaan helpen voelt, na alles wat we in Nederland hebben meegemaakt en de ervaringen die we op de COVID-afdeling en Intensive Care hebben opgedaan als een logisch vervolg en plicht om onze Surinaamse collega's te helpen. Dat is nodig ook, al was het maar omdat ze zoveel extra bedden moeten draaien waarvoor simpelweg het personeel niet is.

Voor Sieshem was het, met haar Surinaamse-Hindoestaanse achtergrond, een makkelijke beslissing om mee te willen. Zij vertrok dan ook in de eerste groep op 4 juni en zou er uiteindelijk vier weken blijven. Het vertrek was hectisch met veel media-aandacht. Het welkom in Suriname vooral zeer warm: voor de Surinaamse collega's kwam onze bijdrage als geroepen. De eerste indrukken waren heftig; er liggen veel patiënten in de ziekenhuizen die ook nog eens veelal jong zijn en hoge fracties zuurstof nodig hebben. Onze Surinaamse collega's hebben met man en macht hulpmiddelen, personeel en kunde gemobiliseerd om te trachten toch zorg te verlenen aan de enorme stroom COVID-patiënten, maar de stroom is gewoon veel te groot.



De high-care zoals die door de missie is opgezet in het Wanica ziekenhuis. Hierdoor ontstond de mogelijkheid om daar (meer) CPAP/NIV te geven.

Met haar plaatsing in het ziekenhuis Wanica, ongeveer 45 minuten rijden buiten Paramaribo, waant Sieshem zich in een surrealistische wereld. In dat ziekenhuis liggen alleen COVID-patiënten. Het heeft geen Intensive Care maar herbergt wel 120 bedden, verdeeld over vijf verpleegafdelingen in oplopende mate van complexiteit aan patiëntenzorg. Eén van deze afdelingen heeft 5 NIV-apparaten en 11 Optiflow-machines, maar geen geschoold personeel om deze te bedienen. We helpen de Surinaamse collega's met improviseren. Heeft een patiënt toch intensieve zorg nodig dan gaat deze met een ambulancetransport naar Paramaribo. Dit transport wordt



Het wisselings-schema voor wakkere buikligging aan de highflow of CPAP/NIV.



begeleid door de jonge, zowel Surinaamse als Nederlandse arts-assistenten en verpleegkundigen. Iedereen zet zijn schouders eronder om de kwaliteit van zorg zo goed mogelijk te laten zijn. We worden beperkt door het tekort aan materialen maar ook door het gebrek aan mogelijkheden tot aanvullend onderzoek of beschikbare medicatie waardoor soms schrijdende situaties ontstaan.

“Regelmatig lopen we tegen de grenzen aan van wat mogelijk is”

De mooiste herinnering van Sieshem betreft een jonge patiënt, 33 jaar met ernstige COVID, en op de thoraxfoto een uitgebreid ARDS-beeld. Hij heeft hoge flow en fractie FiO_2

nodig met Optiflow om een redelijke saturatie te behouden. Sieshem vertelt: “De man zegt tijdens de visites, als ik langs zijn bed kom, niet zo veel. Hij kijkt me met grote ogen aan en probeert alles gelaten over zich heen te laten komen. Vaak vraag ik mij af of hij het allemaal wel begrijpt. Misschien kan hij gewoon ook de energie niet meer opbrengen. Gelukkig kan de Optiflow na enkele dagen worden afgebouwd en kan hij uiteindelijk over op een neusbril. Dan mag ik hem vertellen dat hij stabiel genoeg is om naar een minder complexe afdeling te gaan. Opnieuw zie ik zijn grote ogen maar nu volgt een zacht bedankje. Als ik wegloop hoor ik ineens weer zijn stem: “Dokter, dokter, kom even terug. Gaat het echt beter met mij?” – “Jawel, het gaat een stuk beter en ik denk dat je snel naar huis mag.” – “Echt?!” En dan geeft hij mij een spontane maar hele dikke knuffel en begint te huilen.” Het is precies dit waarom Sieshem vertelt naar Suriname te zijn gegaan. Niet om het zorgsysteem te veranderen, maar om voor elke individuele patiënt het verschil te kunnen maken.

“We grijpen alles aan om de schaarse beademingsbedden zo effectief mogelijk in te zetten”

Dan sluit op 11 juni ook Louise aan om drie weken mee te werken. Er heerst nog steeds een strenge lockdown in het



Links Sieshem Bindraban, rechts Louise Urlings.



Aan de CPAP op haar buik. Omdat ze merkten dat het werkte hielden de patiënten zich goed aan de schema's.

land. De besmettingen blijven oplopen en helaas is de vaccinatiegraad nog niet hoog. Met de missie bouwen we voornamelijk aan bedden geschikt voor non-invasieve beademing in de niet-academische ziekenhuizen in en rond Paramaribo. Omdat ook de zuurstofvoorziening tekortschiet is een team van Defensie al enige tijd ter plaatse om medicinale zuurstof te produceren. Met twee containers met concentratoren vullen zij op het terrein van het ziekenhuis in Wanica zuurstofflessen die zij maximaal kunnen concentreren tot 93%. Deze flessen worden over de ziekenhuizen in Paramaribo verdeeld en staan naast de bedden van de patiënten zodat daarvan maximaal gebruik kan worden gemaakt voor de opties van non-invasieve beademing zoals High Flow zuurstoftherapie en CPAP.

In de ziekenhuizen is de situatie nijpend. In het St. Vincentus Ziekenhuis, waar Louise voornamelijk werkt, helpen we om zoveel mogelijk CPAP/HFOT apparatuur te installeren op de net opgezette acute zorg-afdeling en trainen we, samen met de Nederlandse IC-verpleegkundigen, het personeel van deze afdeling om dit ook te kunnen bedienen en de patiënten te kunnen verzorgen. Net als bij ons in Nederland is er een tekort aan personeel en worden er coassistenten, leerling-verpleegkundigen en zorgassistenten ingezet om mee te werken en zij moeten allen getraind worden.

Eén van de kinderartsen die meewerken op de COVID-afdeling in het Diaconessen ziekenhuis heeft een schema gemaakt wat boven de bedden van de patiënten hangt voor buikligging bij CPAP en HFOT. Dat lijkt hier in Suriname heel effectief in het voorkomen van invasieve beademing. Graag grijpen we alles aan om de schaarse beademingsbedden zo effectief mogelijk in te zetten en dus verspreiden we dit schema ook over de andere ziekenhuizen. Het is natuurlijk geen wetenschappelijk



Het St. Vincentius Ziekenhuis in Paramaribo. Het plastic huisje voor de ingang is de ingang naar de Intensive Care.

bewijs maar gevoelsmatig heeft het een goed effect en patiënten verdragen het wonderwel prima. We houden er inderdaad mensen mee weg van intensive care zorg en beademing.

De arts-assistenten die mee zijn met de missie worden ingezet als zaal- of IC-arts en gesuperviseerd door de internisten en intensivisten die mee zijn met de missie. Steeds zo'n 25 - 30 mensen. Zo werken we samen met de Surinaamse collega's, zij aan zij, om zoveel mogelijk patiënten te kunnen behandelen. Regelmatig lopen we tegen de grenzen aan van wat mogelijk is. Wanneer een jonge, beademde patiënt voor dialyse naar het academisch ziekenhuis moet, moet er een oplossing bedacht worden hem te vervoeren. Een MICU zoals in Nederland is er niet, dus 'bouwen' we er eentje. Met behulp van een thuis-beademingsapparaat dat ook een gecontroleerde beademingsmodus heeft en een mobiele monitor in combinatie met een grote zuurstoftank. Zo kan deze patiënt toch vervoerd worden en de noodzakelijke dialyse krijgen.

"De pandemie in Suriname laat zien dat goede en gelijke zorg geen vanzelfsprekendheid is"

De laatste week van haar verblijf gaat Sieshem naar Nickerie. Een landelijk district op ongeveer 250 kilometer van Paramaribo. De reis naar Nickerie duurt gemiddeld 4 uur vanwege de slechte wegen. Je rijdt langs kleine dorpjes, bos en veel rijstlanderijen. Het is het district waar haar moeder vandaan komt en dus nauw aan haar hart ligt. Nickerie heeft een klein streekziekenhuis, het Mungra Medisch Centrum. Er is plaats voor zo'n 30 COVID-patiënten. Het gebied dat op Nickerie draineert is erg groot waarbij veel mensen uit de omliggende dorpen maar ook uit de binnenlanden gebruik maken van dit ziekenhuis.

De week voorafgaand aan haar verblijf is de Medium Care uitgebreid van 2 naar 5 bedden waar non-invasief kan worden beademd. Deze extra apparatuur is net aangekomen uit Nederland.

Omdat dit ziekenhuis zo afgelegen is, zijn er veel tekorten. Zuurstof komt, zoals ook vaak in de ziekenhuizen in Paramaribo, uit losse zuurstofflessen naast het bed. Een simpele

urine katheter is al schaars. Toch is het een ziekenhuis waar rust, regelmaat en reinheid de boventoon voeren. De druk van het dan nog steeds toenemend aantal COVID-patiënten is hoog, de Medium Care is altijd vol en de tekorten nijpend. We moeten accepteren dat er patiënten zijn die de maximale ondersteuning krijgen van 15 ltr op het NRBM en moeten wachten totdat er hopelijk een plekje vrij komt op de MC. Transport naar de stad is lastig te organiseren vanwege reistijd en de slechte weg. Wat opvalt is dat ondanks al deze uitdagingen het personeel positief en lief en geduldig blijft. Kennis en kunde staan hoog in het vaandel en het voelde enorm dankbaar om daar een steentje bij te kunnen dragen.

Wij beiden waren op een bijzonder moment in Suriname. We hebben daar gezien wat het betekent als er inderdaad niet voor iedereen een (intensive care) bed beschikbaar is – als dat er überhaupt al is. Toch hebben we zij aan zij samengewerkt met de Surinaamse collega's om de best mogelijke zorg te verlenen. Wij hadden deze ervaring nooit willen missen. Het maakt je bewust van hoe goed het in Nederland geregeld is. De pandemie in Suriname heeft ons laten zien dat goede en gelijke zorg geen vanzelfsprekendheid is en dat het delen van je kennis en kunde, zeker voor de individuele patiënt heel veel kan uitmaken. "Met enige regelmaat heb ik nog contact met de artsen van het St. Vincentiusziekenhuis," merkt Louise op. Deze missie in Suriname heeft ons beiden geïnspireerd en zullen we zeker met ons meedragen in ons dagelijkse werk.

Sieshem Bindraban, 5e jaars AIOS Longziekten Franciscus Gasthuis en Vlietland

Louise Urlings-Strop, Longarts-Intensivist Reinier de Graaf Gasthuis



De enige manier om thoraxfoto's te delen met collega's en nog eens in te zien is er een foto maken.

Tijd voor verandering: Zin in Zorg voor meer werkplezier

De cijfers liegen er niet om: een kwart van de jonge artsen twijfelt wel eens of ze moeten doorgaan met hun opleiding, met name vanwege de werkdruk en werkcultuur. Dat terwijl zij zeer bevlogen en bovengemiddeld trots zijn op hun vak. Dit bleek uit de Nationale A(N)IOS enquête Gezond en Veilig werken 2020 door De Jonge Specialist (DJS). Om deze reden sloegen DJS, de LAD (Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband), LOVAH (Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen) en VvAA de handen ineen en lanceerden Zin in Zorg. De ambitie: op een positieve manier écht iets veranderen in de zorg. Olaf Geerse, AIOS longziekten in het AmsterdamUMC/OLVG, en Kirsten Korte, longarts in het Erasmus MC, doen mee.

(Toekomstig) longartsen voor zin in zorg

Inmiddels hebben 500 jonge én ervaren artsen zich aangesloten bij Zin in Zorg en zijn er vier landelijke teams met in totaal veertig jonge artsen en één team in het Franciscus Gasthuis en Vlietland aan de slag voor meer werkplezier en behoud van bevlogenheid. Voor de zomer werden de volgende plannen en acties gepresenteerd waarmee de landelijke teams de komende maanden aan de slag gaan.



Meer inspraak in de organisatie

Team 1, waarin Olaf zit, wil dat jonge artsen meer worden betrokken bij de organisatie van hun werk. Zij voelen zich hiervoor verantwoordelijk en willen daarom meer inspraak hebben. Team 1 probeert arts-assistenten structureel aan tafel te krijgen met de raad van bestuur en wil er tevens voor zorgen dat alle jonge dokters een mentor en/of buddy krijgen. Door duo's van specialisten en AIOS via Social Media aan het woord te laten via willen ze een inspirerend voorbeeld zijn voor anderen.

Ruimte voor persoonlijke ontwikkeling

Team 2 wil dat er meer ruimte komt voor persoonlijke ontwikkeling voor jonge artsen binnen de opleiding. Zij brengen in kaart welke mogelijkheden hiervoor op dit moment zijn in Nederlandse ziekenhuizen. Ook ontwikkelen ze een toolkit, met onder meer een handreiking voor het opzetten van intervisie.

Door ervaringen en aanpak te delen, willen ze ervoor zorgen dat in alle ziekenhuizen en zorginstellingen intervisie wordt aangeboden.

Meer aandacht voor de mens achter de dokter

Team 3 wil artsen ervan bewust maken dat er ook aandacht mag zijn voor de mens achter de dokter. Het team is aan de slag gegaan met het maken van een documentaire getiteld

ZIN IN ZORG

'What's up doc' over dokters die het anders doen en als inspirerend voorbeeld dienen. Zo kan het ook. Ook vragen ze aandacht voor check ins/dagstarts. Door op hun eigen werkplek een echt gesprek tussen collega's te faciliteren met 'Zin in Zorg check in's'.

Een positieve hervorming van de werkcultuur

"Vrije middag?" vraagt je collega als je om half vijf de afdeling verlaat: het zal velen weleens zijn overkomen. Het tekent -met een grapje- onze werkcultuur, maar ook hoe we deze zelf in stand houden. Team 4, waar Kirsten in zit, heeft de grote ambitie deze werkcultuur te hervormen. Begin oktober wordt een landelijke meetweek georganiseerd, waarin jonge artsen wordt gevraagd werktaken en -tijden anoniem in een app bij te houden. Dit moet een schat aan informatie opleveren die dient om het gesprek met ziekenhuizen aan te gaan. Daarna volgt de ludieke 'pauze-week' waarin we jonge artsen motiveren met elkaar pauze te nemen en dit te delen onder de #ikhoudpauze. De belangrijkste boodschap? "Pauze nemen? Iedereen zou het eens moeten proberen".

Door jonge artsen maar voor alle artsen

Zin in Zorg staat voor positieve verandering, ze bestaat uit jonge artsen, maar onze boodschap en doelen zijn er voor alle artsen. Dus of je jezelf nu beschouwt als jonge of als ervaren dokter, als je enthousiast bent over onze beweging kun je je aansluiten als supporter of ambassadeur worden en actief bijdragen. Zo help je de beweging groter te maken waardoor we meer impact kunnen maken. Daarom doen wij een oproep aan de longartsen van Nederland: meld je aan, want het is niet de eerste persoon die opstaat die belangrijk is, het zijn de volgers waar het om gaat! Met elkaar gaan we aan de slag voor een toekomst met meer werkplezier, meer tijd voor de patiënt en mentaal fitte dokters.

Op zaterdag 27 november 2021 worden de uitkomsten gedeeld tijdens een groot evenement van Zin in Zorg. In de tussentijd kun je ons volgen op zininzorg.nl en op LinkedIn en Instagram.



Kirsten Korte



Olaf Geerse

Vaccinatiearts bij de GGD

Wat doe je als je in deze tijd met pensioen gaat? Na 42 jaar geneeskunde bedrijven sta je ineens 'op straat'. Dat is natuurlijk niet waar. Je ziet het aankomen en je kunt je werk er op inrichten. Zo ging ik al wat minder dagen per week werken om er langzaam aan te wennen. Bovendien begin je al een jaar tevoren met afscheid nemen van je patiënten. Ik was eigenlijk heel druk bezig met het afronden van werk en taken. Dat was nog lastiger dan ik dacht.

Patiënten die je al lang met je meeneemt, moeten elders ondergebracht worden. De overdracht moet zo goed mogelijk gebeuren, maar is nooit helemaal compleet. Dat wist ik en dat weet de patiënt ook. De persoonlijke details maakten het afscheid bijzonder, maar die laatste periode ook intensief. Je wordt er van alle kanten op geattendeerd dat je binnenkort alleen je hobby's hebt en of dat wel genoeg is. Of omgekeerd: "jij zult je niet vervelen". Maar dat is helemaal niet het verlangde of gevreesde vooruitzicht. De gedachte dat er een leven komt zonder dagelijkse verplichte agenda, zonder dat je geleefd wordt door de in richtlijnen ingekaderde noden van

de medemens, is echt iets om naar uit te kijken. De mogelijkheid om je te kunnen vervelen is fantastisch. Dat heb ik een paar weken geprobeerd, genieten van een lege agenda en het risico van vervelen. Maar als je dat echt wil ervaren moet je solitair gaan leven, kluizenaar worden en dat was toch ook niet de bedoeling.

Corona is alom aanwezig, krant, tv, Social Media, maar vooral als gespreksonderwerp. Ik had nog wel wat bijgedragen aan de acute coronazorg maar er is nu vooral vraag naar vaccinatieartsen. Na aanleiding van een oproep heb ik een mail gestuurd naar de GGD-GHOR. Al gauw volgde een persoonlijk telefoontje en had ik een aantal afspraken voor diverse priklocaties in Flevoland. Maar zoals bij alles tegenwoordig moet er eerst een E-learning met toets gehaald worden. Organisatie van de vaccinatiezorg, achtergronden van de verschillende vaccins, indicaties, contra-indicaties, bijwerkingen op korte en lange termijn, informatie over anafylaxie en flauwvallen komen aan bod.

De priklocaties zijn standaard georganiseerd. De vaccinatiekandidaten worden bij de ingang verzocht een mondneusmasker te dragen, vullen een medische vragenlijst in, gaan eventueel langs bij de vaccinatiearts, vervolgens door naar de administratie voor het vaccinatiebewijs, de prikker en als laatste de observatieruimte. Er is een dag-coördinator, verantwoordelijk voor het dagelijks reilen en zeilen, administratief personeel, spuitenvullers, prikkers die het vaccin plaatsen en rodekruismedewerkers voor de observatie daarna. Tussen deze redelijk geolied lopende ploeg wordt je dan als vaccinatiearts gezet. Je bent vraagbaak voor medische vragen en beoordeelt personen die een onderwerp op de medische vragenlijst positief beantwoord hebben. Personen met een neiging tot flauwvallen worden bij voorkeur liggend geprikt. Als er onverwacht iemand flauw valt, wordt dat in de meerderheid opgelost door de rodekruismedewerker. Medische hulp is maar zeer af en toe nodig als het te lang duurt.. Opvallend waren een aantal personen met neiging tot collaps, lage bloeddruk (systolisch 105 mmHg) en pols en profuus zweeten. Het water liep ze tappelings van het hoofd. Geduld en tijd loste het allemaal op. Aandoenlijk zijn de kinderen tussen 12 en 16 jaar. Ze komen heel stoer, maar kijken toch erg op tegen de prik. Opvallend gemotiveerd omdat ze anders niet naar school kunnen. Slechts één jongen van 13 was eenmaal op de priklocatie toch niet meer zo overtuigd dat hij gevaccineerd wilde worden: "ik kom toch bijna nooit buiten". Hij leek me meer





een gamer. Dit was het verkeerde spelletje. Hij worstelde duidelijk met de dreiging van de prik en de voor hem niet duidelijke noodzaak tot het krijgen van de prik. Gerust gesteld, uitleg gegeven en hem weer naar huis gestuurd om er nog eens een nachtje over te slapen.

Om de vaccinatiearts bij te staan bij het nemen van de vaak arbitraire beslissingen zijn er tal van protocollen en flow-charts. Zo ook een recente richtlijn aspectie specifieke vaccinatie-reacties van de WHO met uitgebreide uitleg over het flauwvalven. Als karakteristiek kenmerk wordt daarin genoemd dat het met name vrouwen zou betreffen. Ik heb ze niet geteld, maar heb toch stellig de indruk dat het vooral mannen zijn. Het zou me niet verbazen als dit ook cultureel bepaald is.

In kleinere vaccinatielocaties zoals Emmeloord wordt je gevraagd mee te prikken. Het betrof dan vooral de liggers. Een aparte dag was het prikken op het AZC. Het was ingericht als een soort uitje. Met chips en een softdrink in de observatie-

tijd. Mijn taak daar was die van de rode kruismedewerker: de eerste opvang in de observatieruimte. Er heeft zich niets voorgedaan. Het was er vooral gezellig, soms te gezellig zodat de meegekomen familie eerder weggestuurd moest worden om de 1,5 meter afstandsregel in acht te kunnen nemen.

Bijzondere dilemma's zijn vragen rond vermoeden van (kinder)mishandeling. Er worden mouwen opgestroopt om te prikken waarbij opvallende littekens of blauwe plekken vragen kunnen oproepen. Ook voor deze situaties is een protocol gemaakt. Het blijkt helaas in een behoefte te voorzien. Af en toe meldt zich iemand omdat hij ondanks twee prikken niet zijn QR-code kan ophalen. Het verhaal is vaak hetzelfde: gevoel van het kastje naar de muur te worden gestuurd. Telefonisch wordt hij niet adequaat geholpen. Soms worden ze dan naar een vaccinatielocatie gestuurd voor meer fysiek contact. De dag-coördinator kan wel zien of de vaccinaties geregistreerd staan. Waarom het resultaat niet in de coronacheck-app opgehaald kan worden, kan helaas niet op de vaccinatielocatie opgelost worden. Het humeur van de betrokkene gaat er niet op vooruit, de GGD-medewerkers blijven de rust zelve.

Wie kiezen voor werken bij de vaccinatielocatie? Sommigen zijn doorgestroomd van de teststraat, een fysiotherapeut die door de corona geen patiënten meer zag: "ze kwamen niet meer", werd dag-coördinator, een verpleegkundige die net moeder was, kon dit er goed naast doen door de flexibele werktij-

den. Voor de administratie waren er ook mensen aangetrokken die nooit in de gezondheidszorg hebben gewerkt en er nu kennis mee maken. Ook de dag-coördinator hoeft niet uit de zorg afkomstig te zijn. De medische verantwoordelijkheid ligt ten slotte uiteindelijk bij de vaccinatiearts.

Zo is deze rol van vaccinatiearts zeer geschikt als cool-down periode na een drukke klinische baan. Kleine probleempjes oplossen en vooral wachten op dingen die eigenlijk niet moeten gebeuren.

Reindert van Steenwijk



The White Ribbon Tour NL, vrijdag 21 mei 2021

Aan de muur van de longpoli, in de kast bij de sportprijzen, bij de hoofdingang en naast het portret van de oud-medisch directeur. Ze zijn inmiddels overal, de White Ribbons. Vrijdag 21 mei werden ze meegetorst door deelnemers aan de White Ribbon Tour NL die zich verplaatsten per fiets, wandelend en zelfs op skates van ziekenhuis naar ziekenhuis. Ofschoon er beperkingen waren, om bekende redenen, was er veel animo onder patiënten, studenten, arts-assistenten en (long)artsen uit het gehele land om deel uit te maken van dit evenement. Bijzondere groepjes trokken door het land. Kijk bijvoorbeeld naar het schitterende filmverslag van Michiel Gronenschild die met zijn patiënt op pad was van Sittard naar Maastricht (<https://www.1limburg.nl/een-stukje-fietsen-voor-de-strijd-tegen-longkanker>).

En zo kwam het dat Hans Smit, Frank Wilschut, Gerrit Bosman en ik, van Arnhem naar Enschede fietsten met pit stop in Doetinchem. Lekker knallen met een straffe wind in de rug. Aangekomen in Enschede werden we hartelijk ontvangen door onze collega's in het MST alwaar onze inspanningen werden beloond met een mega-fles Grolsch; de lokale dorstlesser uiteraard.

Vrolijke en feestelijke overdrachten van de White Ribbons waren overal, getuige de grote hoeveelheid beeldmateriaal dat via alle app-groepen binnenstroomde in het zenuwcentrum Erasmus Rotterdam. Wat er niet allemaal voorbijkwam: fietsers in de Efteling, fietsers tussen de schapen, op een hunebed, bandenplakkend, drinkend, urinerend in de berm enzovoorts. Niels Harthoorn, 22-jarige student en patiënt in het Erasmus MC, was met het idee gekomen. Hij hoorde van de White Ribbon Tour in de Verenigde Staten en nam het initiatief om het evenement

naar Nederland te halen. Niels heeft ook al die ribbons gezaagd, geveerd en beplakt. Meer dan 30 stuks. Zelf wandelde hij van het Catharina ziekenhuis in Eindhoven naar het Maxima Medisch Centrum in Veldhoven met vader, een vriend en diens moeder. De hele organisatie bestond uit vrijwilligers, die de voorafgaande weken, aardig wat tijd hebben gestoken in deze tour naast hun studie/werk. Naast Niels Harthoorn, hebben ook Joanne Mankor, Karen Moor (beiden arts-onderzoeker in Erasmus), Thomas Lokken, Wouter van Rooij, Luan van Nimwegen (studenten) en Jente Klok (netwerkondersteuner Erasmus) zich ingespannen om deze monsterorganisatie op poten te zetten. Iedereen, deelnemers, organisatie en zeker ook de NVALT (voor sponsoring van de wielershirtjes!), bedankt voor deze heuglijke eerste editie van de White Ribbon Tour NL. We kunnen terugkijken op een zeer geslaagde dag waarop benadrukt is dat longkanker iedereen kan treffen van jong tot oud en waarop longgeneeskundig Nederland zich luid en duidelijk heeft laten zien.

Longkanker awareness was het doel en dat is gelukt. In allerlei media, van kranten, TV tot sociale media, werd er volop aandacht aan besteed. En passant werd geld ingezameld voor de Stichting Stelvio for Life bestemd voor onderzoek naar gepersonaliseerde (long)kankerbehandeling door het Center for Personalized Cancer Treatment (CPCT).

Daar, op de Stelvio, zullen we ons eind augustus met een sportief fietsgroepje waaronder Anne-Marie Dingemans, Egbert Smit, Hans Smit en ondergetekende zwoegend naar de top begeven. Hopelijk hebben we dan weer wind in de rug.

Jos Stigt

Vera Bonta Prijs 2022 voor wetenschappelijk onderzoek naar longkanker

Het bestuur van de Emil Starkenstein Stichting nodigt wetenschappers uit mee te dingen naar de 13e 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 21e Nationale Longkankersymposium in Amsterdam op 21 januari 2022 aan een jonge Nederlandse of Belgische wetenschapper, die zich heeft onderscheiden door fundamenteel, klinisch of epidemiologisch onderzoek. De laatste edities van de Vera Bonta prijs werden ondersteund door Lilly Oncology met een grant.

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. J.A. Gietema, medisch oncoloog en
 Prof. dr. P.J. Sterk, longfysioloog.



Degenen die voor de prijs in aanmerking wensen te komen, wordt verzocht vóór 01 oktober 2021 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 het bestuur van de Stichting. dr. J.H. Schouwink, longarts, Afdeling Longziekten, Medisch Spectrum Twente, Koningsplein 1, 7512 KZ, Enschede.

Met name zij die een dissertatie op het gebied van Longkanker hebben geschreven tussen 1 oktober 2018 en 1 oktober 2021 komen voor de prijs in aanmerking.

Voor meer info zie ook <https://emilstarkenstein-stichting.nl>.

Expertise bedrijfsarts en arbeidshygiënist leidt tot nieuwe inzichten

Pilots 'signaleren beroepsziekten'

Tussen de één en vijf miljoen werknemers in Nederland maken kans op blootstelling aan schadelijke stoffen op de werkvloer en het ondervinden van gezondheidsschade. In twee pilots kwam het belang naar voren van het uitvragen van een mogelijke relatie tussen werk en longklachten. Ook bleek een goede samenwerking tussen specialisten en de bedrijfsarts van grote toegevoegde waarde, dat in verschillende gevallen leidde tot een ander advies aan patiënten.

In 15% van de gevallen van COPD en astma en in 25% van de gevallen van longkanker is er een relatie met blootstelling aan stoffen op het werk. Blootstelling aan bepaalde stoffen tijdens het werk kan bovendien ziektes veroorzaken zoals long(vlies)kanker, silicose en andere interstitiële longaandoeningen. Daarnaast kunnen bestaande longklachten door beroepsmatige blootstelling verergeren. Bij risicovolle stoffen denkt men vaak direct aan giftige verfdampen en stoffen zoals asbest, lasrook en kwartsstof, maar ook allergenen, zoals pollen, schimmels, meelstof en enzymen kunnen voor ernstige klachten zorgen. Soms kan de allergische reactie zo heftig zijn dat werken onmogelijk wordt.

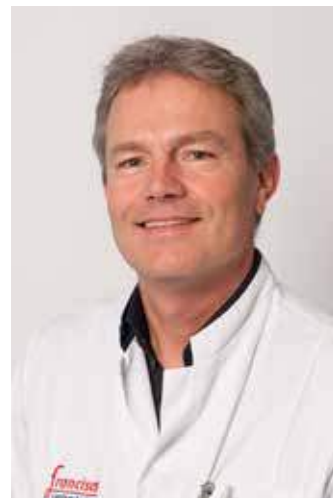
Pilots signaleren beroepsziekten

De relatie tussen werk en longziekten wordt in veel gevallen niet of pas in een laat stadium gelegd. Ook patiënten staan niet altijd stil bij een mogelijke relatie tussen de longklachten en blootstelling aan stoffen op het werk. De Long Alliantie Nederland (LAN) ontwikkelde daarom de e-learning 'signaleren beroepslongziekten' en startte twee pilots waarin patiënten actief gevraagd werden naar werkgerelateerde longklachten. In één pilot werkten acht huisartsenpraktijken mee van zorggroep Cohesie in Noord-Limburg (eerstelijns zorg). De tweede pilot vond plaats in het Franciscus Gasthuis & Vlietland in Rotterdam (tweedelijns zorg). Gedurende een half jaar zijn door longverpleegkundigen en praktijkondersteuners patiënten ondervraagd naar werkgerelateerde luchtwegklachten aan de hand van vier signaleringsvragen. Casus waarbij een relatie met het werk werd vermoed, werden vervolgens besproken in een MDO. Daaruit blijkt dat samenwerking tussen longspecialisten, bedrijfsartsen en arbeidshygiënisten van grote toegevoegde waarde is voor een goede behandeling van longziekten.

Longarts Gert-Jan Braunstahl was betrokken bij de pilot in het Franciscus Gasthuis & Vlietland. Hij is erg enthousiast over de samenwerking: "Binnen een half jaar hebben we zo'n 25 casus verzameld waarbij werk een rol speelde; veel meer dan we hadden verwacht. We zetten het MDO nu buiten de pilot voort."

Expertise werksituatie

Als er een relatie werd vermoed tussen het werk en de klachten, werden de longconsulenten ingeschakeld die een verdiepende arbeidsanamnese vragenlijst voorlegden aan de patiënt. Gert-Jan: "Daarbij werd ook gekeken naar KNO- en dermatologische problematiek, omdat daar bij blootstelling aan stoffen vaak een relatie mee is. Aan het bestaande allergie-MDO, waar de dermatoloog, KNO-arts en kinderarts onderdeel van uitmaken, voegden we een bedrijfsarts en arbeidshygiënist toe. Longconsulenten bereidde de casus voor met informatie over de context, blootstelling, medicatie en dergelijke. De bedrijfsarts en arbeidshygiënist ontvingen deze informatie vooraf. Zij konden ons vervolgens meer vertellen over specifieke kenmerken en de klinische gevolgen van blootstelling."



Nut stellen van vragen

Werkgerelateerde klachten bleken meer voor te komen dan de betrokken artsen en verpleegkundigen dachten. Bovendien bleek werk een rol te spelen in beroepen waar men geen weet van had. Gert-Jan: "De besproken casus waren heel verschillend, maar wat bijvoorbeeld opviel is dat beroepsastma relatief veel voorkomt in het onderwijs. In die werkomgeving zitten veel mensen samen in een slecht geventileerde ruimte. En zeker in het voortgezet onderwijs is er intensief contact met jongeren die flink in de weer zijn met deodorant en parfums. Ook op andere plekken zagen we regelmatig effecten van prikkelende stoffen, zoals schoonmaakmiddelen."

Advies en behandelplan verandert met inzicht

Na afloop gaven de betrokken zorgverleners unaniem aan dat deze pilot tot het inzicht heeft geleid dat arbeid relevant is om uit te vragen en mee te nemen in de zorg. Door patiënten te informeren, kunnen op het werk, bijvoorbeeld via de bedrijfsarts of werkgever, maatregelen worden genomen. Gert-Jan: "Dat is soms lastig, omdat sommige mensen bang zijn om hun baan te verliezen, maar het is zeker mogelijk om iets te veranderen aan de werkomstandigheden. Zo was er een universitair docent die flink last had van het hoogpolig tapijt in zijn werkkamer. Dit konden we aan de hand van metingen met een handspirometer aantonen. Zijn kamer is gesaneerd en zijn klachten zijn enorm afgenomen: het medicijngebruik is verminderd en zijn longfunctie is aanzienlijk verbeterd. Soms zit het dus in relatief eenvoudige zaken. Naar de thuisomgeving wordt vaak wel gevraagd, maar als je fulltime werkt, breng je

E-learning

‘Signaleren beroepslongziekten’

In de e-learning ‘Signaleren beroepslongziekten’ leren longartsen en longverpleegkundigen aan de hand van casussen welke vragen ze kunnen stellen om werkgerelateerde problematiek vast te stellen, wat nodig is om patiënten hierbij op een goede manier te begeleiden en welke verwijsmogelijkheden er zijn. De e-learning is geaccrediteerd voor 2 punten door ABAN (ABC1, NVALT en AbSg), NVvPO, V&V, VSR en KABIZ. De e-learning is gratis te verkrijgen via de webshop van Bohn Stafleu van Loghum (BSL): www.bsl.nl/beroepslongziekten.

veel tijd door in je werkomgeving. Ik adviseer iedereen dan ook om bij de anamnese te vragen naar de relatie met blootstelling op het werk. Maak voor de verdieping gebruik van de gestandaardiseerde vragenlijsten. Die zijn onder andere te vinden in de bijlage van de Richtlijn Werkgerelateerd astma.”

Dat de samenwerking tussen longarts, bedrijfsarts en arbeidshygiënist toegevoegde waarde heeft, blijkt uit het feit dat patiënten beter konden worden geadviseerd en er ook andere adviezen werden gegeven. Gert-Jan: “Naast patiënten die al werkten, waren er voorbeelden van patiënten die nog aan het begin van hun werkzame leven stonden. Zo was er iemand die een opleiding in de dierv verzorging was gestart en een andere die voor zijn opleiding in een laboratorium werd blootgesteld aan stoffen. In beide gevallen hebben we geadviseerd om iets anders te gaan doen. Ik denk dat wij hierin echt wel een adviserende, proactieve rol kunnen spelen. Op die leeftijd is het nog makkelijker om iets anders te kiezen. Dat was lastiger voor een kippenboer die astma ontwikkelde. Aan de hand van allergenen-testen werd duidelijk dat zijn klachten door de blootstelling aan de kippen kwam. Hij kon niet anders dan stoppen als kippenboer. Hij is brandweerman geworden.”

Bedrijfsarts en arbeidshygiënist

Bij vermoedens van werkgerelateerde klachten is het zinvol om patiënten te adviseren contact op te nemen met de eigen bedrijfsarts. De bedrijfsarts kan meedenken met de patiënt, meer vertellen over de risico’s van stoffen op de werkplek, helpen met maatregelen om blootstelling te voorkomen en adviseren over inzetbaarheid. De bedrijfsarts heeft geheimhoudingsplicht en mag geen medische gegevens verstrekken aan de werkgever. De patiënt kan zonder overleg met de werkgever, ook als er nog geen sprake is van verzuim, contact op nemen met de bedrijfsarts.

Gert-Jan: “Maar de bedrijfsarts is ook voor ons als arts van toegevoegde waarde. De bedrijfsarts beschikt bijvoorbeeld over veel juridische kennis: wat zijn implicaties en gevolgen, waar hebben werknemers recht op, en waarop niet? Zij weten wat de blootstellingscriteria zijn, kennen de wetgeving en welke maatregelen mogelijk zijn. De arbeidshygiënist heeft veel kennis over stoffen en de effecten daarvan op de luchtwegen. Zij kunnen ook werkplekonderzoek doen: ter plekke kijken naar de duur en intensiteit van de blootstelling.”



De resultaten zijn terug te lezen in het rapport ‘Pilots signaleren beroepsziekten’, waarin ook een managementsamenvatting is opgenomen: www.longalliantie.nl/beroepslongziekten.

Aanpak beroepslongziekten in Nederland

Voor een effectieve aanpak van beroepslongziekten is een brede aanpak nodig waarbij wordt gekeken naar mogelijke maatregelen op de werkplek. Dit vraagt om een goede samenwerking tussen longartsen en bedrijfsartsen. Patiënten met werkgerelateerde longklachten zijn gebaat bij tijdige signalering, zodat verergering van klachten wordt voorkomen en preventieve acties kunnen worden ingezet. In de komende periode zet de LAN zich in om de aanpak uit de pilots ook in andere regio’s in te zetten. Daarnaast wordt er dit najaar in opdracht van het Ministerie van SZW een landelijk expertisecentrum ‘Stoffengerelateerde beroepsziekten’ opgericht. Dit expertisecentrum heeft als doel om kennis te bundelen en samenwerking tussen verschillende expertises te stimuleren om zo beroepsziekten te voorkomen. De verwachting is dat beroepslongziekten hierdoor prominenter op de agenda komen te staan en dat longartsen er meer mee te maken gaan krijgen.

*Heleen den Besten, Long Alliantie Nederland
Eveline Janse, Everlution*

Meer informatie?

Er zijn verschillende expertisecentra in Nederland waar longartsen naar kunnen verwijzen voor werkgerelateerde casuïstiek. Meer informatie over gespecialiseerde klinieken, richtlijnen, praktische tools en links naar meer informatie op het gebied van werkgerelateerde longklachten is te vinden op de volgende overzichtspagina: www.longalliantie.nl/beroepslongziekten/werkenlongen/ Voor longverpleegkundigen en longartsen is er een samenvattingskaart ontwikkeld over het signaleren van werkgerelateerde longklachten en de vervolgstappen die kunnen worden gezet. Deze samenvattingskaart is gratis te downloaden vanaf dezelfde pagina.

Begrijpelijke taal in de zorg Indiveo wint Taalunie prijs

Eén op de drie Nederlanders en Vlamingen en hebben beperkte gezondheidsvaardigheden. Dat betekent dat ze moeite hebben met het vinden, begrijpen en vooral het toepassen van informatie over gezondheid. Daarom maakt de Taalunie zich sterk voor begrijpelijke taal in de zorg.

De patiënt zou samen met de arts en zorgverleners moeten kunnen beslissen over zijn eigen gezondheidstoekomst. Het is dan ook voor zorgverleners van groot belang dat er taal gehanteerd wordt die de patiënt kan begrijpen. Op het snijvlak tussen taal en zorg is nog veel winst te boeken.

In het kader van het beleidstraject Taal en Zorg heeft de Taalunie de 'ZorgVoorZorgPrij's' in het leven geroepen. Met deze prijs wil de Taalunie de begrijpelijkheid van de medische taal vergroten en daarmee de zorg voor iedereen meer toegankelijk maken.

Juryvoorzitter dr. Marc Cosyns (huisarts en academisch consulent UGent) vertelt: "Ik droom ervan om iets te hebben waardoor je heel duidelijk weet wat de dokter verwoord heeft, zodat je ook weet of dat het duidelijk is overgekomen bij de patiënt dusdanig dat deze zelf een beslissing kan nemen. Daarbij is beeldmateriaal noodzakelijk. Er zijn al wel wat mogelijkheden, maar die zijn nog onvoldoende en moeten nog aangescherpt worden. Vandaar dat het goed is dat we deze prijs kunnen uitreiken."

Kris Van de Poel is algemeen secretaris van de Taalunie. Zij stelt dat taal en zorg onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. "Goede communicatie heb je nodig in de zorg, maar dat is niet altijd vanzelfsprekend en de Taalunie staat ervoor om taal toegankelijk te maken voor iedereen. Daarin willen we in de zorgsector ook echt vooruitgang boeken. Corona heeft die behoefte alleen maar verscherpt en dit is ook de reden

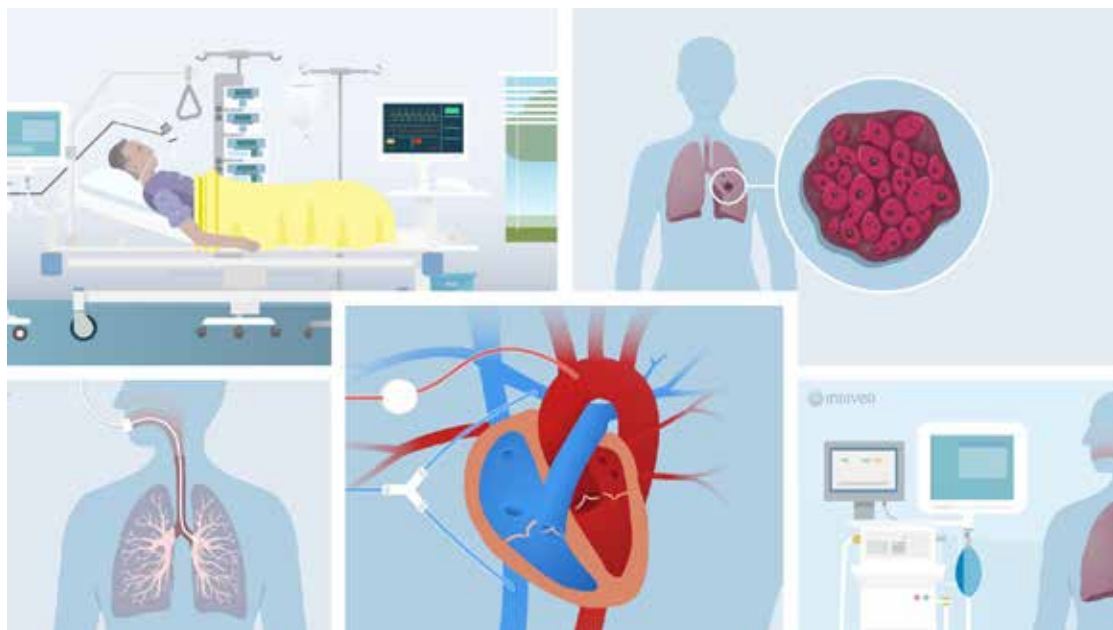
waarom wij de 'ZorgVoorZorgPrij's' in het leven hebben geroepen. Daarbij is het goed dat zowel Vlaanderen als Nederland de handen in elkaar geslagen worden om die zorg ook zo optimaal mogelijk te kunnen verstrekken. Aan de prijs zit een geldbedrag vast om de winnaar de hand te reiken naar het taalgebied aan de andere kant van de grens. Uiteindelijk is er voor Nederland vaak een andere zorgterminologie dan in Vlaanderen terwijl de behoeftes hetzelfde zijn."

Uit een lijst van achttien initiatieven van organisaties uit Nederland en Vlaanderen is 'Indiveo' - Begrijpelijke patiënteninformatie in beeldverhalen als winnaar uit de bus gekomen.

Kris motiveert de beslissing van de jury: "Indiveo is begrijpelijke taal op en top. Het maakt heel erg zichtbaar waar mensen bang voor kunnen zijn. Het brengt mensen tot rust en vertelt hoe een hele procedure in elkaar zit. Daarnaast geeft het ook een kijk op de toekomst. Dat is iets wat in elke taalomstandigheid en in elke context gebruikt kan worden. Duidelijkheid, maar ook rust en vertrouwen, niet enkel met taal, maar ook met beeld. En dat in een kort filmpje van nauwelijks een halve minuut."

Ralph Koppers, initiatiefnemer van Indiveo reageert enthousiast: "De prijs is natuurlijk prachtig, maar dat we ook het taalgebied Vlaanderen mogen gaan onderzoeken is superleuk! Daar ben ik ook heel blij mee voor de Vlaamse patiënten en de Vlaamse zorginstellingen. Voor Indiveo is het een mooie kans om ook in dat deel van de Nederlandssprekende wereld te mogen gaan verkennen wat de mogelijkheden zijn om daar de patiënten te voorzien van begrijpelijke informatie."

De NVALT feliciteert onze ondernemende longarts met deze mooie prijs.



Even voorstellen....

Ingrid van der Gun

Mijn naam is Ingrid van der Gun en vanaf september start ik als directeur bij jullie vereniging. Een nieuwe uitdaging in een breed en boeiend vakgebied waar ik veel zin in heb! Graag stel ik me via deze weg aan jullie voor en ik hoop velen van jullie tijdens het congres in Papendal (en daarna) te ontmoeten.

Ik heb een achtergrond in de Voeding & Diëtetiek en in de Gezondheidswetenschappen (Vrije Universiteit, Health Sciences – Master Policy & Organisation of Health Care). Mijn werkende leven ben ik begonnen in het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam, waar ik als klinisch diëtist en projectleider heb gewerkt. Een leerzame periode waarin ik dagelijks bezig was de vertaalslag van beleid naar de praktijk te maken omdat ik zowel betrokken was binnen de patiëntenzorg als bij projecten gericht op kwaliteitsverbetering van de zorg.

Vervolgens ben ik in 2011 gestart bij de Long Alliantie Nederland, waar de NVALT natuurlijk een belangrijke partner van is. Binnen de LAN was mijn rol breed en divers; van het leiden van het project waarbij de 'Landelijke infrastructuur eenduidige inhalatie instructie' is ontwikkeld, het inhoudelijk voorbereiden van de bestuurs- en ledenvergaderingen tot het meeschrijven en vervolgens coördineren van het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten. In deze periode heb ik goed inzicht gekregen in het brede en tegelijkertijd specialistische veld waarin jullie als longartsen werken. De verscheidenheid aan aandoeningen, de verschillende disciplines waarmee wordt samengewerkt (zowel in het ziekenhuis als daarbuiten) en het samenwerken met relevante stakeholders zijn daar uitingen van. Het is dan ook belangrijk dat er een sterke wetenschappelijke vereniging is en daar zet ik me graag voor in!

De laatste jaren heb ik als senior programmamanager bij de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie gewerkt, meer specifiek voor het programma Connect. Connect is geïnitieerd door de NVVC, maar is in de uitvoering samen met de huisartsen opgepakt. Het beoogt de juiste zorg op de juiste plek te krijgen voor hartpatiënten door de transmurale samenwerking in de regio te bevorderen. Samen met het bestuur van Connect heb ik me vooral bezig gehouden met een herijking van het programma en de uitvoering hiervan. Het programma was van 'oudsher' gericht op het enthousiasmeren van transmurale samenwerking vanuit de cardiologie. De laatste jaren is de focus verschoven naar het organiseren en implementeren van transmurale samenwerking in de regio. Deze verschuiving was nodig: aan enthousiasme ontbreekt het vaak niet, zorgverleners zoeken juist graag de samenwerking op. Het is vaak het systeem rondom de samenwerking dat het lastig maakt om een transmuraal project goed te organiseren en vooral te implementeren. Bij de NVVC heb ik hier veel over kunnen leren en gemerkt dat het belangrijk is om binnen een wetenschappelijke vereniging de samenwerking tussen de thema's op te zoeken en te blijven afstemmen.

Bij de NVALT komen er voor mij een aantal interesses en periodes uit mijn loopbaan samen. Dat maakt mij heel enthousiast om mij sterk te maken voor de NVALT. Er zijn volop uitdagingen: we zitten nog steeds in de Corona-crisis die voor het werkveld van de longziekten veel impact heeft. Daarnaast zijn er vele landelijke ontwikkelingen en thema's waar de longartsen en daarmee de NVALT mee te maken hebben zoals de discussie rondom verplicht in loondienst, uitkomstgerichte zorg, onderhoud van richtlijnen en gezondheidsbevordering.

Graag tot binnenkort! Ik ben vanaf september bereikbaar op het volgende emailadres Ingrid@nvalt.nl

Ingrid van der Gun

Kandidaat-leden

Elisabeth Baekelandt
AIOS Longziekten
OLVG Oost



Sander Talman
AIOS Longziekten
Amphia Ziekenhuis



Wytze de Boer
AIOS Longziekten
Isala Klinieken



Mayke Tiggeloven
AIOS Longziekten
Medisch Spectrum Twente



Diane Ganzefles
Physician Assistant
Alrijne Zorggroep



Jeroen van Veen
AIOS Longziekten
Zuyderland Medisch Centrum



Kirsten van de Groep
AIOS Longziekten
Radboudumc



Roel Verhoeven
Klinisch technolog / technisch geneeskundige
Radboudumc



Richard Hartman
AIOS Longziekten
Isala Klinieken



Philip van der Zee
AIOS Longziekten
Erasmus MC



Maaïke Hoekstra
AIOS Longziekten
Haga Ziekenhuis



Tjerk Hylkema
AIOS Longziekten
Martini Ziekenhuis



Nilan Kathiravetpillai
AIOIS Longziekten
Leids Universitair Medisch Centrum



José den Ouden
Verpleegkundig specialist
Erasmus MC



Karin Sanders
AIOS Longziekten
Maastricht Universitair Medisch Centrum



Janneke van der Stap
Verpleegkundig specialist
Universitair Medisch Centrum Utrecht



Nieuw benoemde longartsen

Sushil Badrising, opgeleid in
Radboudumc
Nijmegen



Martijn Bischoff, opgeleid in
Maastricht Universitair Medisch Centrum
Maastricht



Eva Bots, opgeleid in
Erasmus MC
Rotterdam



Celine ten Brink, opgeleid in
Amsterdam UMC (VUMC)
Amsterdam



Coen van Kan, opgeleid in
OLVG Oost
Amsterdam



Jordy Kerkhoff, opgeleid in
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis
Nijmegen



Kirsten Korte, opgeleid in
Sint Antonius Ziekenhuis
Nieuwegein



Lotte Mandigers- van den Bos, opgeleid in
Catharina Ziekenhuis
Eindhoven



Jill Mentink, opgeleid in
Erasmus MC
Rotterdam



Maarten Smeekens, opgeleid in
Universitair Medisch Centrum Groningen
Groningen

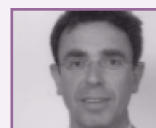


Mirjam Wiegman, opgeleid in
Medisch Centrum Leeuwarden
Leeuwarden



Nieuwe senior leden

Huub Belderbos
Amphia ziekenhuis
Breda



Repke Snijder
Sint Antonius Ziekenhuis
Nieuwegein



Reindert van Steenwijk
Amsterdam UMC (AMC)
Amsterdam



Enkele belangrijke data

- Join hands en fight TBC, Curaçao (CW) 2 t/m 3 oktober 2021
 - Allergie aan Zee, Scheveningen (NL) 14-15 oktober 2021
 - ECBIP, Athene (GR) 15 t/m 17 oktober 2021
 - Pulmonale vaten in vogelvlucht, Nieuwegein (NL) 28 oktober 2021
 - Bomen over COPD, Wolfheeze (NL) 3 t/m 5 november 2021
 - FMS Symposium Zorgevaluatie, Utrecht (NL) 26 november 2021
 - Slaapcongres Nederland Digitaal 25 t/m 26 november 2021
 - Bronkhorst Colloquium Veldhoven (NL) 25 t/m 27 november 2021
-
- International workshop on lung health, Den Haag (NL) 20 t/m 22 januari 2022
 - Chest, Bologna (IT) 3 t/m 5 februari 2022
 - Bronkhorst Colloquium Antwerpen (BE) 10 t/m 12 februari 2022
 - World Sleep congress, Rome (IT) 11 t/m 16 maart 2022
 - ATS 2022, San Francisco, California (VS) 13 t/m 18 mei 2022.
 - ASCO 2022, Chicago (VS) 3 -t/m 7 juni 2022
 - ERS, Barcelona (ES) 3 t/m 7 september 2022
 - ESMO, Parijs (FR) 9 t/m 13 september 2022
 - ACCP, North Bethesda (VS) 25 t/m 27 september 2022

Alle geaccrediteerde nascholingen vindt op de congresagenda van PE-online. www.pe-online.org/public/index.aspx?pid=73