

# PulmoScript



Jaargang 35 ♦ december 2024 ♦ 4

- ♦ Afscheid van een bevlogen bestuurder
- ♦ AIOS en longarts in het buitenland
- ♦ Diversiteit in het ziekenhuis



# Inhoud

## Bestuur

Afscheid van onze voorzitter	4
Van de secretaris	7
Toekomstbestendige longzorg	9

## Commissies en secties

Commissie Accreditatie	11
Werkgroep de Groene Longarts	12
Studiedagen VvAwT	14

## Rubrieken

Opleiding in de kijker:	17
Jonge klare in de kijker: Uclan Flanders	18
LAN: Longartsen zoeken de verbinding	21
Diversiteit in het ziekenhuis: CODING	24
Longarts en AIOS in het buitenland	
Stage in Kaapstad	26
Stage thoracale oncologie, Luzern	28
Longarts in Singapore	31

## Nascholing

Proefschrift Iris van der Sar	34
Proefschrift Kiki Waeijen-Smit	35

## En verder:

Longgeneeskunde buiten het ziekenhuis	36
De tuberculosebestrijding	38
Bewegen begrijpen	40
Vapen Stoppen?	41
ERS Wenen	42

## Vakantiesluiting en lidmaatschap

Personalialia	44
---------------	----

Congresagenda	45
---------------	----



# Colofon

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

Secretariaat NVALT en  
Redactie PulmoScript

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



## Redactieraad:

Lisette Kunz  
Wilma Vlug

## Coverfoto:

Hans-Jurgen Mager

## Uiterste datum voor insturen kopij

nr. 1, 10 februari 2025

PulmoScript verschijnt eenmaal  
per kwartaal in een oplage  
van 1450 exemplaren.

De redactie behoudt zich het recht voor om teksten te  
weigeren, te bewerken of in te korten.  
Elke auteur en adverteerder is verantwoordelijk voor  
zijn of haar bijdrage. Hetzelfde geldt voor inlichtingen  
door derden verstrekt.

## Concept en vormgeving

Stijl C, Lelystad  
www.stijlc.nl

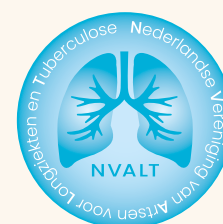
## Drukwerk

Drukkerij Boonen, Hamont  
www.drukkerijboonen.be

## Verzending

Vogelaar, IJsselstein

ISSN 0925-4749



## Van de voorzitter

### Afscheid van een bevlogen bestuurder



**Bij de rubriek ‘Van de voorzitter’ ziet u binnenkort een nieuw gezicht: op 1 januari 2025 draagt Leon van den Toorn de voorzittershamer over aan Henk Kramer, bestuurslid van de NVALT en longarts in het Martini Ziekenhuis. Samen met Leon blikken we terug op zijn twee termijnen die in het teken stonden van de verdere uitbreiding en professionalisering van onze vereniging, maar ook van de ‘hectische coronatijd’.**

Leon werkt al meer dan twintig jaar als longarts in het Erasmus MC. Hier is hij tevens plaatsvervangend afdelingshoofd, opleider van de afdeling Longziekten en lid van de Antistollingscommissie, het Behandelingsteam Covid en de Taskforce Rookvrij Erasmus MC. Naast diverse andere landelijke functies is hij voorzitter van het NVALT-bestuur, het Netwerk Preventie van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en het FMS-expertiseteam Post Covid.

**We mogen je gerust een echte bestuurlijke duizendpoot noemen! Hoe combineer je al die taken met je dagelijkse werk?**

(Lachend:) Dat is de vraag die iedereen mij stelt... Ik zeg altijd: druk is niet erg, zolang je plezier hebt in hetgeen je doet. En doordat je in al die jaren zo’n groot netwerk hebt opgebouwd, gaan de dingen na verloop van tijd een stuk gemakkelijker en sneller. Puur uit enthousiasme schrijf

ik momenteel mee aan het FMS-visiedocument Medisch Specialist 2035, wetende dat het mij óók weer tijd gaat kosten. Maar ik heb het altijd belangrijk gevonden om dicht op het vuur te zitten. Daardoor weet je wat er speelt en word je niet zo snel verrast door nieuwe ontwikkelingen. Hier hebben we voor de vereniging en ook ons ziekenhuis uiteindelijk veel voordeel van.

**Op 1 januari ben je bijna zeven jaar voorzitter van het NVALT-bestuur. Dat is relatief lang, hoe is dat zo gekomen?**

Mijn eerste termijn eindigde midden in de hectische coronatijd. Dat vonden we niet het juiste moment om een nieuwe voorzitter aan te stellen. In goede samenspraak is er daarom een tweede termijn afgesproken. De reden dat ik nu stop is heel simpel, omdat het móét. Zo staat het in de statuten, anders was ik wellicht nog wel een tijdje doorgegaan! Op 1 januari draag ik de voorzittershamer over, maar ik blijf in het bestuur tot en met april. In die maand hebben we onze Longartsenweek. Dat is het moment dat ik ook als bestuurslid ga afzwaaien. Tot die tijd is het afstand nemen, maar dus nog niet volledig afscheid nemen.

**Hoe blik je terug op je periode als voorzitter?**

Als een periode waarin de NVALT steeds verder is gegroeid en geprofessionaliseerd. Door de gestage toename van het aantal longartsen en doordat we de vereniging hebben uitgebreid met PA’s en verpleegkundig specialisten zijn er nu veel meer leden dan een aantal jaar geleden. We hebben het bureau aangevuld met beleidsmedewerkers en het bestuur is opgedeeld in verschillende beleidscommissies. We hebben een goede slag gemaakt met de aanstelling van Ingrid van der Gun als directeur en er zijn inmiddels diverse werkgroepen actief. We hebben daarnaast veertien secties die een steeds grotere rol spelen, zoals op het gebied van scholing en communicatie. De bestuursvergaderingen zijn altijd in goede harmonie verlopen. Eens per jaar hebben we onze zogenoemde Visionaire Dag. Het waren inspirerende momenten, ik kijk daar met plezier op terug.

**Met de werkgroepen en secties zijn er veel mogelijkheden voor leden om een actieve bijdrage te leveren. Welke gedachte ligt hieraan ten grondslag?**

Het is altijd een belangrijk onderwerp van gesprek geweest binnen het bestuur: hoe zorgen we ervoor dat de leden die wat willen doen, een zekere leidersrol kunnen gaan vervullen? Natuurlijk hoeft niet iedereen vooraan de rij te staan, maar het is mooi om te zien dat steeds meer mensen opstaan en die rol daadwerkelijk pakken. We merken daardoor ook dat de lijntjes korter worden en de cohesie van de vereniging hoger wordt. Toen ik als voorzitter begon hebben we ALV’s gehad waarbij vijftien leden aanwezig waren. Tijdens de laatste ledenvergadering op Papendal waren het er bijna tweehonderd. Dan denk ik: we hebben de afgelopen jaren toch veel bereikt!



### **Je zal niet alleen herinnerd worden als een buitengewoon actieve bestuurder, maar ook als de 'NVALT-voorzitter tijdens corona'. Hoe heb jij die periode ervaren?**

Het is altijd mijn streven geweest om onze longartsenvereniging op de kaart te zetten. Hoe vreselijk de pandemie ook was, heeft corona bijgedragen aan dat doel. Er waren veel media-optredens en samenwerkingen met andere wetenschappelijke verenigingen, het FMS-bestuur, de Gezondheidsraad en het RIVM, tot de minister van VWS aan toe. Toen het echt wel behoorlijk mis ging, onderhielden we nauwe contacten met de FMS, de intensivisten en de internisten. Het klinkt misschien gek, maar ik had die periode niet willen missen. Het gaf zóveel inspiratie en nieuwe ideeën over hoe je met elkaar kunt samenwerken en snel tot besluiten kunt komen. Ik herinner mij dat één van de bestuursleden van de FMS belde en zei: Leon, we moeten nú beslissen. Gaan we het nog doen binnen de ziekenhuizen en accepteren we dat patiënten straks op de gang liggen? Of gaan we morgen sporthallen inrichten? Het is best raar hoor, dat je daar ineens een grote stem in hebt.

### **De rol van de medisch specialist is aan verandering onderhevig, schreef je eerder in PulmoScript. Wat gaat er nog op ons af komen?**

We hebben te maken met de vergrijzing, een grote druk op de zorg, schaarste aan medicijnen en personeel en een nieuw kabinet dat minder inzet op preventie. Neem ook de nieuwe longvolumenormen, regio-doorontwikkeling en AI. Het is in het FMS-visiedocument en ook ons NVALT-visiedocument niet eenvoudig gebleken om te beschrijven hoe de toekomst er in detail uit gaat zien. Vandaar dat we vooral aangeven wat er waarschijnlijk komen gaat en hoe we daar op in kunnen spelen. Door de vergrijzing blijven veel longproblemen in toenemende mate in beeld. We hebben steeds meer behandelingsopties waardoor patiënten langer leven en onder de aandacht blijven. Er zijn veel chronische aandoeningen,

zoals astma en COPD, maar longkanker kun je tegenwoordig ook al bijna een chronische aandoening noemen. AI zal veel tijdrovende taken overnemen, maar de medisch specialist zal belangrijk blijven om het totale plaatje van de patiënt te zien en de opties te verkennen. Daarnaast hebben we steeds gezegd: we willen niet alleen in de spreekkamer bezig zijn. We willen ook onze maatschappelijke rol pakken. Vandaar dat we binnen de NVALT onder meer met de werkgroep preventie aan de slag zijn en binnen de FMS met het Netwerk Preventie.

### **Binnenkort volgt Henk Kramer je op. Wat herinner je je van het moment dat je zélf begon?**

Dat is best een grappig verhaal! Toen ik de functie van Eric van Haren overnam, kwamen we gezamenlijk op de ALV om dit nieuws te brengen. Er werd ook een foto gemaakt. Bij het bekijken van die foto kwamen we tot de conclusie dat we precies op elkaar leken. Qua hoofd, maar ook wat we aan hadden. Daar hebben we achteraf veel lol om gehad: blijkbaar moet je op je voorganger lijken om de functie over te nemen...

### **Wat maakt Henk, los van de eventuele gelijkenis met jou, een goede voorzitter?**

We zochten nadrukkelijk iemand die binnen de vereniging al het nodige heeft gedaan. Iemand die net als ik bevlogen is, graag een netwerk opbouwt en er niet voor terugdeinst om er behoorlijk wat tijd in te steken. Henk is op diverse vlakken actief geweest in het opleidingsgedeelte, was lid van diverse commissies en is voorzitter van de najaarsvergadering. Hij voldoet dus naadloos aan het profiel. Ik zou hem willen meegeven: blij vooral bevlogen en houd plezier in je werk. Kijk hoe je de eenheid binnen de vereniging behoudt en werk aan de samenwerking met andere partijen en de contacten met de politiek. Omdat ik nog een tijdje in het bestuur blijf, zullen we het over deze en andere zaken ongetwijfeld gaan hebben. Maar bovenal, wens ik hem nu alvast heel veel succes!

## Van de secretaris

### Aurora borealis

Het noorderlicht (aurora borealis) is een geomagnetisch lichtverschijnsel in de bovenste lagen van de atmosfeer. Het komt met name voor in de poolregio's; het zuiderlicht wordt aurora australis genoemd. Dit jaar was het noorderlicht ook in Nederland al een aantal keren te zien.

Het noorderlicht ontstaat wanneer ionen en elektronen van de zon via de zonnewind de aarde bereiken. Het aardmagnetisch veld zorgt ervoor dat de deeltjesstroom in de richting van de noord- en zuidpool wordt afgebogen. De deeltjes botsen met de gassen in onze atmosfeer en deze botsingen veroorzaken een uitbarsting van licht. De kleuren variëren van groen en geel tot paars, blauw en soms zelfs rood. De groene gloed komt het meest voor en wordt veroorzaakt door botsingen met zuurstofmoleculen op 100 tot 300 kilometer hoogte. De roze gloed is het resultaat van botsingen met stikstofmoleculen op ongeveer 100 km hoogte; de blauwe en paarse tinten worden veroorzaakt door botsingen met waterstof en helium.

Het noorderlicht heeft iets magisch; in oude mythes werd het als een goddelijke boodschap beschouwd. In de middeleeuwen werd de roodgloeiende aurora als voortekenen van oorlog en bloedvergieten gezien. In Scandinavië werd het groene noorderlicht als weerspiegeling van de zee of een school haringen gezien (herringblink genoemd). Indianen in Noord-Amerika en Canada beschouwden het noorderlicht als dansende geesten. In de 19e eeuw ontdekte men dat het noorderlicht samenhang met zonnevlekken, toen bleek dat de magnetische stormen die de kompassen deden afwijken, gelijktijdig optraden met noorder- en zuiderlicht.

Ook in een veranderend klimaat is het noorderlicht te zien, maar als we het noorderlicht boven een sneeuwdek

willen blijven zien, zal de wereldwijde CO<sub>2</sub>-uitstoot naar beneden moeten. Nu al is duidelijk dat 2024 wereldwijd het warmste jaar ooit gaat worden, warmer zelfs dan 2023 (het vorige record). In de spreekkamer kunnen we zelf bijdragen aan reductie van de CO<sub>2</sub>-uitstoot. De zorg in Nederland is verantwoordelijk voor 7% van de CO<sub>2</sub>-uitstoot en 18% daarvan hangt samen met de voorgeschreven medicatie. Wereldwijd worden per jaar meer dan 600 miljoen aerosol-inhalatoren geproduceerd. In Nederland betreft 50% van de voorgeschreven inhalatiemedicatie dosis-aerosolen. De drijfgassen in deze inhalatoren hebben een relatief hoge CO<sub>2</sub>-equivalent en dientengevolge gaat gebruik van 1 aerosol-inhalator gepaard met een emissie van gemiddeld 19 kg CO<sub>2</sub> (equivalent), vergelijkbaar met 100 km rijden met een benzineauto. Ter vergelijking: 1 poederinhalator of softmistinhalator gaat gepaard met emissie van slechts 1 kg CO<sub>2</sub>. De deeltjesgrootte van (uit) de meeste poederinhalatoren is tegenwoordig vergelijkbaar met de grootte van aerosolen. Daarnaast is gebleken dat bij gebruik van poederinhalatoren minder fouten worden gemaakt dan bij gebruik van aerosol-inhalatoren. Naar schatting kan in Nederland 70% van de aerosolinhalatoren vervangen worden door een poeder- of softmistinhalator. Dat zou per jaar maar liefst 60 tot 66 miljoen kg CO<sub>2</sub>-uitstoot schelen, vergelijkbaar met 8400 huishoudens, of 350 miljoen km met een benzineauto. Kortom, deze gegevens rechtvaardigen het adagium dat ook ondersteund wordt vanuit de secties astma en COPD: een poederinhalator als het kan, een aerosol-inhalator als het moet. Dit geef ik u graag mee als een van de voornemens voor het nieuwe jaar.

Ik wens u fijne Kerstdagen en een voorspoedig 2025!

*Hans-Jurgen Mager*

# Op weg naar toekomstbestendige longzorg, de stand van zaken van het meerjarenplan

Tijdens de Longartsenweek in april 2023 is het meerjaren plan van de NVALT 'Op weg naar toekomstbestendige longzorg' gelanceerd. De aanleiding om met een meerjarenplan te gaan werken, was breed. Enerzijds heeft de NVALT een aantal professionalisatie slagen gemaakt en is het wenselijk om vanuit een meerjarenvisie en ambities te gaan werken. Anderzijds speelt er veel binnen het zorgveld en komt er veel op het veld af, zo ook voor het longenveld en dus voor de leden van de NVALT. Om op deze veranderingen en uitdagingen goed te kunnen anticiperen, is door een brede werkgroep in afstemming met alle leden van de NVALT gebrainstormd en nagedacht: wat zijn de belangrijkste thema's, wat zijn oplossingsstrategieën en welke prioriteiten geven we de onderwerpen? In het meerjarenplan wordt omschreven wat de visie en de ambities van de NVALT in 2023-2028 zijn en hoe hieraan invulling wordt gegeven.

## Even oprispen, welke vijf thema's staan nu centraal?

De thema's die door de werkgroep en door de leden van de NVALT zijn geselecteerd en geprioriteerd zijn:

### 1 - De beste kwaliteit van zorg voor longpatiënten

Kwaliteit uit zich in vele lagen, namelijk kwaliteit van zorg voor een individuele patiënt, kwaliteit van zorg voor alle patiënten en kwaliteit in netwerken. De NVALT gaat onder andere de kwaliteit van zorg bevorderen door de richtlijnimplementatie in de praktijk te vergroten en zorgpaden te benutten.

De beleidscommissie kwaliteit is op dit moment met een werkgroep aan de slag om een beleidsplan voor kwaliteit te maken. Richtlijnen, zorgpaden, netwerkzorg en implementatie krijgen daarin een plek. In 2025 wordt dit integrale plan opgeleverd. Ondertussen zijn er verschillende clusters ingericht waarin richtlijnen worden onderhouden. Wordt vervolgd!

### 2 - Juiste zorg op de juiste plek voor longpatiënten

De zorg voor longpatiënten vindt steeds meer rondom de patiënt in een netwerk plaats en waar het kan, steeds minder of minder lang in het ziekenhuis. Deze landelijke ontwikkeling heeft voor de toekomstbestendige longarts gevolgen maar biedt ook kansen en wordt op vele plekken in het land opgepakt.

Op dit vlak wordt door verschillende secties en leden al veel werk verricht. Zo zijn er voor COPD verschillende transmurale zorgpaden geïmplementeerd en bevorderen secties samenwerking tussen expertise- en behandelcentra. Op landelijk niveau is de NVALT bezig de samenwerking met verschillende partijen op dit vlak te bevorderen, bijvoorbeeld met de Long Alliantie Nederland, verpleegkundig specialisten/PA's, Trimbos voor stoppen-met-rokenzorg en de CAHAG. Maar we denken ook mee om de randvoorwaarden te creëren om juiste zorg op de juiste plek mogelijk te maken, denk aan vergoeding voor een expertiseconsult waarbij de NVALT betrokken is.

### 3 - Preventie en gezond gedrag

Bij het ontstaan en het verloop van een groot deel van de longaandoeningen spelen beïnvloedbare factoren en gedrag (deels) een rol. De NVALT richt zich op een gezonde én rookvrije leef- en werkomgeving en doet dit door op landelijk niveau een constructieve bijdrage te leveren aan het maatschappelijk debat. Ook wil de NVALT haar leden meer faciliteren dit belangrijke thema vorm te geven.

Eind vorig jaar is er een werkgroep preventie opgericht. Onder voorzitterschap van collega Remco Djamin is deze groep enthousiaste longartsen aan de slag gegaan. Eén van de concrete activiteiten is dat er een project gaat starten waarbij het Handboek Stoppen-met-rokenzorg in het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten geïmplementeerd gaat worden. Dit implementatieproject dat in 2025 zal starten beoogt de toepassing van dit handboek te vergroten. Dit is nog maar een van de activiteiten, we zullen de leden blijven informeren over de stappen en acties.

### 4 - Werkplezier en duurzame inzetbaarheid

Longartsen zijn enthousiast over hun vak, zo bleek uit de enquête die in het kader van dit beleidsplan is afgenomen. Tegelijkertijd werd de werkdruk als hoog ervaren: een toegenomen administratieve druk en in de avonduren wordt er vergaderd. Het is voor de beroepsgroep belangrijk hoe we er voor blijven zorgen dat longartsen werkplezier behouden.

Begin dit jaar is er een werkgroep ingesteld die aan de hand van een quickscan heeft geïnventariseerd waar de knelpunten zitten. Aan de hand van deze quickscan zijn er een aantal oplossingsrichtingen geformuleerd waar de NVALT verder mee kan.

### 5 - Opleiden voor de toekomst, een leven lang leren

Om alle ontwikkelingen, eisen en wensen goed te kunnen opvolgen is er veelal meer nodig dan dat wat tijdens de opleiding is geleerd. Elk vak ontwikkelt door en dat geldt ook voor de aanpak van veel ziektebeelden. Voor het brede palet van ziektebeelden binnen het vak van de longarts, is verwerven en behouden van kennis en vaardigheden dan ook van belang. Een deel daarvan kan tijdens de opleiding worden verkregen maar in de jaren daarna moet dat vanuit eigen bijscholing komen.

De NVALT is hiertoe onder andere gestart met de NVALT-academie. Een plek waar samen met de secties masterclasses worden georganiseerd maar ook nascholingen ge-endorsed kunnen worden. op deze manier beoogt de NVALT bij te dragen aan goede nascholingsmogelijkheden.

*Ingrid van der Gun*

# Ontwikkelingen in de diagnose en behandeling van pulmonale hypertensie

Prof. dr. Harm Jan Bogaard, longarts Amsterdam UMC



## Stelling: Ontwikkelingen rond diagnose en behandeling van PH zijn in een stroomversnelling geraakt.

De ontwikkelingen in de diagnose en behandeling van pulmonale hypertensie (PH) zijn de afgelopen jaren in een stroomversnelling geraakt. De ERS/ESC richtlijn van 2022 introduceert een nieuwe hemodynamische definitie van PH, waarbij een gemiddelde druk in de longslagader hoger dan 20 mmHg in rust wordt gehanteerd. Dit is een verandering ten opzichte van de traditionele grenswaarde van 25 mmHg. Onderzoek heeft aangetoond dat een druk boven 20 mmHg al geassocieerd is met slechtere uitkomsten<sup>2</sup>, waardoor de definitie is aangepast.

Toekomstige ontwikkelingen kunnen leiden tot een verschuiving in de diagnostische benadering van PH. Beeldvormende technieken, zoals MRI en CT-scans, en het gebruik van artificial intelligence kunnen mogelijk leiden tot een non-invasieve benadering waarbij niet alleen naar hemodynamische criteria wordt gekeken, maar ook naar de structuur van het hart en het pulmonale vaatbed zelf<sup>3</sup>.

Pulmonale arteriële hypertensie (PAH) was voorheen vooral een probleem van relatief jonge vrouwen zonder comorbiditeiten. De diagnose wordt tegenwoordig vaker gesteld bij oudere patiënten met eerdere cardiopulmonale aandoeningen<sup>4</sup>. Onderzoek is nodig om de verschillen en behandelopties beter te begrijpen. De ERS/ESC richtlijn van 2022 roept op tot voorzichtigheid bij therapie-escalatie voor PAH-patiënten met comorbiditeiten<sup>1</sup>.

Wat mogelijk helpt om de onderliggende diagnose van PH aan te scherpen, is het verrichten van genetisch onderzoek. Verschillende genetische varianten zijn geassocieerd met een verhoogd risico op PH. Kennis van genetica kan bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe behandelingen. Bijvoorbeeld, de ontdekking van het risico op PAH bij dragers van BMPR2 mutaties leidde tot interesse in de rol van TGFβ receptoren in het pulmonale vaatbed. Fase 3 onderzoek toonde dat beïnvloeding van deze receptoren met het medicijn sotatercept leidde tot verbetering in inspanningstolerantie.<sup>5</sup>

Naast deze ontwikkelingen worden ook andere nieuwe behandelingen onderzocht, zoals het gebruik van geïnhaleerde tyrosine kinase remmers voor de remodellering van het pulmonale vaatbed<sup>6</sup>, en pulmonale arteriële denervatie als interventie voor PH<sup>7</sup>. Wat wellicht wel de grootste ontwikkeling van de afgelopen jaren is: dat er langzamerhand ook zicht komt op behandeling van patiënten met vormen van PH anders dan PAH, zoals voor patiënten met pulmonale hypertensie groep 3.

Nog niet vergoed  
in Nederland

  
**WINREVAIR®**  
(sotatercept-csrk) voor injectie  
45 mg, 60 mg

**Referenties:** 1. Humbert M, Kovacs G, Hoeper MM, Badagliacca R, Berger RMF, Brida M, et al. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *European Heart Journal*. 2022. 2. Maron BA, Hess E, Maddox TM, Opatowsky AR, Tedford RJ, Lahm T, et al. Association of Borderline Pulmonary Hypertension With Mortality and Hospitalization in a Large Patient Cohort: Insights From the Veterans Affairs Clinical Assessment, Reporting, and Tracking Program. *Circulation*. 2016;133(13):1240-8. 3. Remy-Jardin M, Ryerson CJ, Schiebler ML, Leung ANC, Wild JM, Hoeper MM, et al. Imaging of Pulmonary Hypertension in Adults: A Position Paper from the Fleischner Society. *Radiology*. 2021;298(3):531-49. 4. Hoeper MM, Dwivedi K, Pausch C, Lewis RA, Olsson KM, Huscher D, et al. Phenotyping of idiopathic pulmonary arterial hypertension: a registry analysis. *Lancet Respir Med*. 2022. 5. Hoeper MM, Badesch DB, Ghofrani HA, Gibbs JSR, Gombert-Maitland M, McLaughlin VV, et al. Phase 3 Trial of Sotatercept for Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension. *N Engl J Med*. 2023;388(16):1478-90. 6. Schermuly RT, Dony E, Ghofrani HA, Pullamsetti S, Savai R, Roth M, Sydykov A, Lai YJ, Weissmann N, Seeger W, Grimminger F. Reversal of experimental pulmonary hypertension by PDGF inhibition. *J Clin Invest*. 2005 Oct;115(10):2811-21. 7. Zhang H, Wei Y, Zhang C, Yang Z, Kan J, Gu H, et al. Pulmonary Artery Denervation for Pulmonary Arterial Hypertension: A Sham-Controlled Randomized PADN-CFDA Trial. *JACC Cardiovasc Interv*. 2022;15(23):2412-23.



Postbus 581 - 2003 PC Haarlem - www.msd.nl - medicalinfo.nl@merck.com - 0800-9999000. - Copyright ©2024 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates. All rights reserved. - Raadpleeg de volledige productinformatie (SPC) alvorens WINREVAIR® (sotatercept) voor te schrijven. - Zie voor meer productinformatie elders in deze uitgave of kijk op www.msd.nl. - De inhoud van deze e-mail is uitsluitend bestemd voor medische professionals en niet bedoeld voor verdere verspreiding buiten deze kring. - De advertorial is mede mogelijk gemaakt door MSD. NL-SOT-00015 10/2024

## Commissie accreditatie

Mede dankzij de commissie accreditatie kan iedereen ervoor zorgen dat de herregistratie iedere vijf jaar weer soepel verloopt. Maar wat doet deze commissie eigenlijk? We spraken met de voorzitter van de CAC, Fabian Laugs

### Waarom ben je bij deze commissie gegaan?

Ik wilde graag een actieve rol spelen binnen de NVALT. De accreditatiecommissie sprak mij aan omdat de uren zelf ingepland kunnen worden en de tijdsbesteding beperkt is tot maximaal enkele uren per maand. Daarnaast kan er gewoon vanuit thuis gewerkt worden. Dit alles leek me wel te bevallen en zo heb ik, samen met een aantal andere longartsen uit het land, in 2018 op een advertentie in PulmoScript geschreven. De eerste bijeenkomst was in Utrecht en daarna zijn we als nieuwe commissie aan de slag gegaan.

### Wat doe je als commissielid?

De CAC valt onder de beleidscommissie Opleiding (BCO) en accrediteert cursussen, congressen, symposia, workshops en wetenschappelijke vergaderingen in het kader van de na- en bijscholing van longartsen. De CAC accrediteert uitsluitend na- en bijscholingen die betrekking hebben op medisch-technisch handelen. Het commissiewerk bestaat voornamelijk uit het toekennen van accreditatiepunten aan nascholingen en aan het beoordelen van de inhoud ervan. In het verleden zagen we vaak verkapte reclames maar sinds de invoering van het multi-sponsoringsbeleid komt dat veel minder vaak voor. Aan de basis van ons werk liggen de accreditatieregels van de KNMG en werken we volgens de richtlijnen van GAIA (Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie). Daarnaast hebben we ons eigen regelement.

### Heb je als voorzitter ook andere taken?

Sinds juli 2020 mag ik de rol van voorzitter vervullen en woon ik naast eigen vergaderingen ook nog accreditatievergaderingen van de KNMG bij waarbij iedere beroepsvereniging vertegenwoordigd is.

### Waarom is de CAC op zoek naar nieuwe leden?

Dat is vanwege het bereiken van de maximale benoemings-termijn van de huidige commissieleden. Er is ruimte voor vijf nieuwe leden. De huidige vijf commissieleden zullen gefaseerd aftreden. Het streven is om in oktober 2026 voor alle leden een vervanger te hebben benoemd. De maximale zittingsduur is vier jaar, met eventueel een eenmalige verlenging.

### Wat voor type longarts moet je zijn om lid te worden van de CAC?

Wij zoeken een longarts of een AIOS Longziekten die in het laatste jaar van de opleiding zit en aspirant-lid van de CAC wil worden met affiniteit met bij- en nascholingen en natuurlijk met de NVALT. Als commissielid vertegenwoordig je het belang van de NVALT dus integriteit, verantwoordelijkheid en onafhankelijkheid zijn noodzakelijk. Daarnaast gaan we ervan uit dat de nieuwe commissieleden goed bereikbaar zijn en actief deelnemen aan de vergaderingen.

De volledige vacature is te vinden op de website van de NVALT onder 'nieuws'.

Lijkt het je leuk om deel uit te maken van de commissie en zo een actieve(re) rol te spelen binnen onze beroepsvereniging, neem dan even contact met Fabian op (fabian.laugs@lzt.nl).





### Groene ambassadeurs

De werkgroep 'De Groene Longarts' heeft in 2023 een oproep gedaan onder collega's voor groene ambassadeurs. Een groene ambassadeur fungeert als aanspreekpunt binnen het ziekenhuis/regio om gemakkelijk informatie uit te kunnen wisselen met de werkgroep en bij gelegenheden mee te denken over duurzame vraagstukken binnen onze vakgroep. Op die manier vormen we een landelijk netwerk waarin we elkaar goed kunnen vinden en hopen daarmee de impact van 'De Groene Longarts' te vergroten. We stelden 3 van onze groene ambassadeurs 5 vragen. Tjerk Hylkema, AIOS Longziekten in het Martini Ziekhuis (MZH), Anneke van Veen, longarts in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) en Bas van der Maat, longarts uit het Flevoziekenhuis (FZH).

#### Welke groene initiatieven zijn er in jouw ziekenhuis/op jouw longafdeling?

Tjerk: Het Martini ziekenhuis zit al enkele jaren op de voor 2030 afgesproken CO<sub>2</sub>-reductie. Initiatieven die lopen zijn o.a. minder afspraakbrieven versturen, een alternatief voor plastic medicijn-cupjes, drijfgassen op de OK verminderen, digitale voorlichtingsfolders en drinkt iedereen koffie uit een eigen mok.

Anneke: Het CWZ heeft een duurzaamheidsconsulent aangesteld die op alle afdelingen green teams samenstelt en initiatieven ophaalt en in gang zet. Zo is er o.a. aandacht gevraagd voor keuze in medicatie die wij voorschrijven, afval scheiden, recycling, licht- en energiegebruik.



Bas: In het Flevoziekenhuis is er een green team op de OK en IC. Bij de longziekten staat het nog in de kinderschoenen. We zijn bezig met het in kaart brengen van afval en disposable schorten. Het is best lastig om verandering door te voeren en heeft niet iedereen evenveel affiniteit met duurzaamheid. We hebben wel meer belafspraken dan voor de COVID en ook is er een initiatief voor belpreekuren vanuit huis.

#### Ben je lid van een greenteam binnen het ziekenhuis, wie neemt deel en waar houden jullie je mee bezig?

Tjerk: Ik ben lid van het green team AIOS. Eens in de zoveel tijd komen we samen en bespreken we duurzame ideeën, wat vervolgens door logistiek managers wordt opgepakt. Verder zijn er green teams van o.a. de OK, SEH, endoscopie etc. We zijn nu zelf bezig om de kerstpakketten



Anneke van Veen



Bas van der Maat



Tjerk Hylkema

te veranderen. Fysieke kerstpakketten zijn een enorme milieubelasting. Een bon of goed doel zou dan een groener idee zijn.

Anneke: Iedere afdeling in het CWZ heeft een green team. Accenten liggen per afdeling verschillend. Meestal nemen artsen deel aan deze teams en zijn verpleegkundigen ook betrokken.

Bas: In de greenteams in het Flevoziekenhuis zitten nu vooral specialisten, nog geen verpleegkundigen. De ambitie is wel om de behandelkamer en de verpleegafdeling erbij te betrekken. Lastig blijft naast duurzaamheid het aspect kosten, waardoor groene initiatieven soms vast lopen

### Heb je een tip om mensen mee te krijgen met je groene ideeën?

Tjerk: Ik denk dat wij allemaal op dit moment wel meegezogen worden in de huidige groene revolutie die gaande is. Als er dan nog wel antieklimaat mensen zijn waar je mee in discussie raakt, heeft Gerrit Hiemstra een goed advies: "begin hier niet aan. Dit geeft alleen maar negatieve energie en levert niks op."

Anneke: Wij zijn begonnen met open brainstormavonden over wat we kunnen doen op de afdeling. Daarnaast hebben wij een symposium georganiseerd over de invloed van voeding op klimaat, gezondheid en ziekte. Daarbij is de aftrap genomen van een veggie challenge voor het CWZ met competitie tussen de verschillende afdelingen. Dit was een groot succes!. Het kan gemakkelijk gekopieerd worden naar andere ziekenhuizen

Bas: Door het tastbaar te maken raken mensen sneller gemotiveerd. Bijvoorbeeld het vergelijken van de afvalzakken op de behandelkamer. Begin met de kleine dingen. Je kunt er ook een soort uitdaging/competitie van maken. Het is belangrijk dat je goed doseert hoeveel je van mensen vraagt. Je wil mensen motiveren om groener gedrag te vertonen, maar je moet ook niet alles over ze uitstorten.

### Hoe zie je de groene longafdeling van de toekomst voor je? Durf te dromen!

Tjerk: Zorg ervoor dat ziekenhuizen in een zo groen mogelijke omgeving liggen, niet alleen voor patiënten maar ook voor medewerkers. Uit onderzoek is bekend dat vergaderen in de natuur leidt tot betere beslissingen. Patiëntenkamers die grenzen aan een groene binnentuin. Dat lijkt me een goed begin.

Anneke: Op de groene afdeling eet iedereen volgens het Planetary health menu, kiezen we altijd voor de meest duurzame oplossing in behandeling van onze patiënten, zien we iedereen digitaal tenzij fysiek noodzakelijk is en hebben we laag hangend fruit (recycling, zo min mogelijk wegwerp, licht computers, plastic etc.) natuurlijk overal volledig ingevoerd.

Bas: Alle disposables tot een minimum beperkt. Werken in een gebouw wat op klimaat is gebouwd met aandacht voor afvalstromen en medicatieverwerking. Minder reisbewegingen: poliklinische afspraken selectiever en



personeel dat in de buurt van het ziekenhuis woont. Meer passende zorg, waarbij we laagdrempeliger met patiënten in gesprek gaan over wat we allemaal nog wel/niet moeten doen. Dit vereist wel wat van onze beroepsgroep.

### Wat doe je thuis met duurzaamheid?

Tjerk: Ik eet minimaal twee keer per week vegetarisch en verder alleen maar biologisch vlees. We hebben een energie A-label woning en bij een grote verbouwing hebben we veel 2e hands materiaal gebruikt.

Anneke: Wij fietsen als we kunnen en hebben een elektrische auto. Daarnaast hebben we zonnepanelen en we eten whole food plant based (met hele gezin). Dat laatste heeft de meeste impact.

Bas: Altijd op fiets naar het werk, zonnepanelen op het dak, hybride auto, die vrij weinig wordt gebruikt. Verder niet onnodig stoken. Vakanties: vliegvluchten beperken en met de trein op reis.

*Namens de werkgroep 'de Groene Longarts'*

*Hester van der Vaart*

*Janine Boes*

*Hanneke Coumou*



## Programma Studiedagen VvAwT 2025

**Thema's:** Actuele kwesties en uitdagingen in de strijd tegen tuberculose.  
**Datum:** Donderdag 16 en vrijdag 17 januari 2025  
**Locatie:** Fletcher Hotel Amersfoort, Stichtse Rotonde 11, 3818 GV Amersfoort  
**Doelgroep:** Artsen Maatschappij en Gezondheid werkzaam in de tuberculosebestrijding en longartsen in Nederland en België

### Leerdoelen

De deelnemers aan de KNCV stralingstraining zijn in staat:

- Het risico van straling en het ALARA-principe in eigen woorden uit te leggen en toe te passen.
- De onderdelen van het röntgenapparaat te benoemen.
- Te benoemen wat buisspanningen buisstroom is en hoe aanpassingen hierin de thoraxopname beïnvloedt (het maken van de opname en het verkregen beeld).
- Te benoemen waarom filtering wordt toegepast.
- Te benoemen wat de effecten van het gebruik van een stroostralenrooster zijn op zowel de beeldkwaliteit als de benodigde dosis voor de thoraxopname.
- Te benoemen hoe de belichtingsautomaat (AEC) de juiste dosis bepaalt en dit over te brengen op de MTM'er.
- Te benoemen wat de rollen en verantwoordelijkheden zijn van de TMS'er, klinisch fysicus, stralingsbeschermingsdeskundige, arts en MTM'er.
- Te benoemen welke wetgeving op het werk van toepassing is.
- Afwijkingen op de thoraxopname te herkennen en te benoemen.

De deelnemers zijn op de hoogte over recente globale en Nederlandse ontwikkelingen op het gebied van tbc-bestrijding. De deelnemers kunnen de fysiopathologie van infecties bij post-TB longziekte uitleggen.

De deelnemers kunnen de risicofactoren identificeren die bijdragen aan infecties bij patiënten met post-TB longziekte. De deelnemers begrijpen de interactie tussen de medische, psychosociale en economische dimensies van post-TB zorg. De deelnemers kunnen bijdragen aan de discussie over hoe de post-TB problematiek kan worden geïntegreerd in de toekomstige richtlijnen en beleid voor tuberculosebestrijding in Nederland. Deelnemers kunnen multidisciplinaire samenwerking ontwikkelen voor de zorg van post-TB patiënten.

**Methodiek:** Interactieve bijeenkomst met lezingen, casuïstiekbesprekingen en discussies.

### Inlichtingen over deelname en logistiek

Congresorganisatie Commissie Nascholing VvAwT  
Mw. J. Huisman - van Berkel, Telefoon 06-51793457,  
e-mail: van.berkel.cons@upcmail.nl  
Accreditatie ABSG ([www.absg.nl](http://www.absg.nl)) is aangevraagd, NVALT ([www.nvalt.nl](http://www.nvalt.nl)) is aangevraagd

### Programma Donderdag 16 januari 2025

**12.30 - 13.30 uur**  
Lunch voor deelnemers Algemene ledenvergadering VvAwT

**13.30 - 15.00 uur**  
Algemene ledenvergadering VvAwT

**15.00 - 15.30 uur**  
Pauze

**15.30 - 18.30 uur**  
Stralingstraining KNCV voor tbc artsen:

**15.30 - 16.15 uur**  
Added value of interferon-gamma release assays in Stralingsbescherming, fysica & het ALARA principe  
E. Huisman, arts M&G TBC

**16.15 - 16.25 uur**  
Pauze

**16.25 - 16.50 uur**  
Denken in oplossingen  
Dennis Oomkens, business developer Oldelft

**16.50 - 17.20 uur**  
Wetgeving en de rollen en verantwoordelijkheden van de TMS'er, klinisch fysicus, stralingbeschermingsdeskundige, MTM'er en artsen.  
Tomas Kaandorp, stralingbeschermingsdeskundige  
Radiation Experts

**17.20 - 17.30 uur**  
Pauze

**17.30 - 17.45 uur**  
Onderzoek GGD Groningen  
Erik Huisman, arts M&G TBC

**17.45 - 18.30 uur**  
De KUNST van het foto's lezen - iTering voor beginners.  
Max Antheunisse, arts M&G TBC

**18.30 - 19.30 uur**  
Borrel in de bar

**19.30 uur**  
Diner



## Programma

Vrijdag 17 januari 2025

### Ochtend

Thema: TB wereldwijd en in Nederland. Verdiepende bespreking van casuïstiek.

Voorzitter: Myrthe Hartgers

### 09.00 – 09.30 uur

Registratie

### 09.30 - 09.50 uur

Developments in global TB control  
Dr. Mustapha Gidado, directeur KNCV  
Tuberculosefonds.

### 09.50-10.10 uur

Ontwikkelingen in de epidemiologie van TB in Nederland  
Natasha Vrubleuskaya, arts M&G TBC, beleidsadviseur RIVM.

### 10.10-10.40 uur

TB-update 2024: nieuwe globale ontwikkelingen.  
Agnes Gebhard, technische directeur KNCV  
Tuberculosefonds.

### 10.40 – 11.00 uur

Koffie/theepauze

### 11.00 - 11.30 uur

Casus 1, met nadruk op de volksgezondheidsproblematiek.  
(Sophie Toumanian, arts M&G TBC /Erik Huisman, arts M&G TBC).

### 11.30-12.00 uur

Casus 2, met nadruk op de volksgezondheidsproblematiek  
(Wim Stoop, arts M&G TBC).

### 12.00 - 12.30 uur

Casus 3 met nadruk op de klinische beloop van tbc  
(Neeltje Carpaij, longarts).

### 12.30 – 13.30 uur

Lunch

### Middag

Thema: post-TB

Voorzitter: Sanne Luxemburg

### 13.30 - 14.00 uur

Casus 4 met nadruk op de klinische beloop en post-TB  
(Onno Akkerman, longarts/Yvette de Reus, longarts)

### 14.00 - 14.30 uur

Infecties bij post-TB longziekte  
Renée van Bentum, internist-infectioloog

### 14.30 - 14.50 uur

Koffie/theepauze

### 14.50 - 15.20 uur

Psychosociale en economische consequenties van TBC, literatuur overzicht. Ineke Spruit, TB consultant en epidemioloog KNCV Tuberculosefonds

### 15.20 - 15.50 uur

Resultaten van de Nederlandse post-TB survey en discussie over de input voor de Nederlandse TBC-bestrijding.  
Frouke Procee, Arts tuberculosebestrijding, (huisarts/tropenarts np)

### 15.50 - 16.00 uur

Plenaire afsluiting  
(Jelleke Melessen, TBC arts, voorzitter VvAwT)

### 16.00 – 17.00 uur

Borrel



## Opleiding in de kijker

### Catharina Ziekenhuis Eindhoven

In het altijd gezellige Brabantse brandt er dag en nacht licht op de afdeling longgeneeskunde van het Catharina Ziekenhuis Eindhoven. Ons team bestaat uit acht enthousiaste longartsen en een groep van tien AIOS, met diverse achtergronden en werkervaringen. Sinds drie jaar mogen we ook Belgische collega's verwelkomen die hun opleiding tot longarts bij ons volgen. Ze brengen niet alleen enthousiasme en kennis, maar ook een paar leuke Belgische uitdrukkingen die we hen, al dan niet met succes, proberen af te leren. Daarnaast wordt ons team ook versterkt door onze collega-vooropleiders uit de cardiologie, interne geneeskunde en geriatrie. Door de onderlinge samenwerking is de Brabantse gezelligheid niet alleen in de koffiecorder, maar ook op de werkvloer altijd dichtbij!

Onze verpleegkundig specialisten en Physician Assistants (PA's) vormen eveneens een belangrijk onderdeel van ons team. Samen zetten we ons elke dag in om onze patiënten de best mogelijke zorg te bieden, waarbij we sinds enkele jaren ook astma- en COPD-patiënten via thuismonitoring op afstand begeleiden.

In het Ziekenhuis zijn er op dit moment 32 bedden op onze longafdeling voor patiënten beschikbaar waarbij de mogelijkheid bestaat om behandelingen met Optiflow en NIV te starten. Het ziekenhuis heeft daarnaast een groot oncologisch centrum, waarbij de longoncologie geleid wordt door twee longarts-oncologen. Tijdens de oncologiestage doet de AIOS zelf onder andere chemospreekuren en werkt mee aan het MDO iedere maandagmiddag.

De opleiding begint natuurlijk met een vooropleiding van twintig maanden, waarbij je de stages interne geneeskunde,

IC en cardiologie allemaal in het CZE kan volgen. Dit is extra leuk want gedurende de rest van je opleiding kom je al je favoriete collega's regelmatig tegen in de wandelgangen en op de arts-assistenten-borrels.

Na een warm welkom terug bij de longgeneeskunde volgt een half jaar zaalstage, gevolgd door consultenstages gecombineerd met de SEH, die worden aangevuld door een OSAS-poli en verdieping in de longfunctie en ILD. Gedurende de rest van de opleiding krijg je wekelijks één vast dagdeel eigen poli, en werk je regelmatig op de behandelkamer om je technische vaardigheden te verfijnen.

De academische stage vindt plaats in het Maastricht UMC gedurende zes maanden, waarna je bij terugkomst de mogelijkheid krijgt om verdiepingsstages zelf naar wens in te vullen. Daarbij bieden onze longartsen ook de mogelijkheid om een aantal verdiepingsstages in het Catharina Ziekenhuis zelf te volgen namelijk in astma, ILD en een verdiepingsstages interventies waarvoor ook andere AIOS-en van buiten de regio welkom zijn!

De opleiding eindigt met een supervisiestage, waar je leert om het werk van je jongere collega's in goede banen te leiden en de laatste tricks van het vak oppikt om dan eindelijk als medisch specialist aan de slag te gaan!

Het echte geheim achter onze opleiding? Dat zit 'm in de sfeer. We houden van persoonlijke aandacht, een warm welkom en een gezellige werkvloer. En we maken het compleet met de vrijdagmiddagborrel inclusief bittergarnituur, een jaarlijkse ski-reis waar een live Mama-Laudaa optreden zorgde voor een onvergetelijke après-ski, de zomerbarbecue bij de longartsen thuis en natuurlijk de legendarische afdelingsfeesten. Hier werk je hard, maar feesten – dat kunnen we ook!



## Jonge klare in de kijker

**Naam:** Uclan Flanders  
**Geboortedatum:** 29 mei 1984  
**Opleiding geneeskunde:** afgerond in september 2011  
**Opleidingskliniek:** Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+)  
**Werkt nu in:** Elisabeth-TweeSteden ziekenhuis (ETZ)



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

Tijdens mijn opleiding ben ik niet alleen op vakkennis gegroeid, maar ook als mens, zonder mijn identiteit te verliezen, wat voor mij het belangrijkste is. Mijn leiderschapskwaliteiten, die ik als voormalige topsporter had ontwikkeld, heb ik ingezet om mijn collega's te motiveren om samen een leuke en betekenisvolle opleiding te krijgen. Mijn ambities op pulmonaal vakgebied heb ik wel moeten bijstellen vanwege het moederschap, maar desalniettemin ben ik zeer tevreden met waar ik nu sta en de soort arts die ik geworden ben.

### Wat is je aandachtsgebied en hoe ben je daarachter gekomen?

Eén van mijn aandachtsgebieden is (ernstig) astma. Dit onderwerp heb ik te danken aan Lennart Conemans, die mij de kans heeft gegeven om samen met hem te spreken op het congres 'Op de hoogte van astma.' Deze ervaring was voor mij een waardevolle mijlpijl, zowel professioneel als persoonlijk. In aanloop naar dit congres heb ik mijn kennis over astma maandenlang verdiept, waarbij ik steeds meer gefascineerd raakte door zowel de pathofysiologie als de diverse patiëntpopulatie. Wat mij vooral intrigeert, is de complexe interactie tussen genetische omgevings- en immuunsystemen die een rol spelen in deze ziekte. Tot op de dag van vandaag blijft astma me prikkelen en motiveren om meer te leren en bij te dragen aan de best mogelijk zorg voor mijn/deze patiënten. Tijdens mijn opleiding was het voor mij belangrijk om mijn kennis te verdiepen op het gebied van (recidiverende) pulmonale infecties. Voor mijn gevoel kwam dit onderwerp relatief weinig aan bod in mijn reguliere opleiding. Om deze lacune in mijn kennis te vullen, heb ik bewust gekozen voor een verdiepingsstage infectieziekten. Het leerplan heb ik samen met mijn voormalige opleider, Monique Hochstenbag, ontwikkeld voor binnen het MUMC+. Deze stage omvatte waardevolle ervaringen; zoals stage bij de immunologie-afdeling op hun afweerpoli en bij de GGD als tuberculose arts.

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

In het MUMC+ hebben ze in mij geloofd en mij de kans gegeven, waarbij alle longartsen op hun eigen manier

hebben bijgedragen aan de vormgeving van mijn carrière. Zonder de steun van mijn familie – met name mijn broer en zelfs mijn vader, die op Curaçao woont – en van mijn gezin was dit alles niet mogelijk geweest. Het moederschap heeft me doen beseffen dat je moet leven om te werken, en niet werken om te leven.

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

Zoals velen van ons beseffen, komt het steeds vaker voor dat jonge artsen moeite hebben om een vaste (maatschap)plek te vinden, dit ondanks de hoge werkdruk in de ziekenhuizen. Tegelijk lijkt het bijna de norm te worden om te beginnen met een kort contract, bijvoorbeeld als chef de clinique. En steeds vaker volgen opnieuw voorlopige contracten. Uiteraard zijn wij als jonge klaren dankbaar voor de geboden werkervaring. Maar tegelijkertijd hoop ik dat de zittende medisch specialisten de stress van een onzekere toekomst bij hun jonge collega's herkennen. Vraag is of een verplichte loondienst voor alle medisch specialisten de problemen van jonge klaren op de arbeidsmarkt kan oplossen. Misschien dat ziekenhuisdirecties andere strategische keuzes maken dan vrijgevestigde medisch specialisten wanneer het gaat om het opvullen van 'gaten in de roostering'. Maar of die keuzes altijd leiden tot een stabielere arbeidsmarkt voor jonge klaren is voor mij koffiedik kijken. Wat wel helpt is een stabiele overheid met een vast plan.

Mijn hoop is dat er snel een verschuiving komt in de zorgmarkt, waarbij meer werkplekken voor jonge artsen worden gecreëerd. Het zou een gemis zijn als ik en mijn collega's van specialisme zouden moeten veranderen, simpelweg omdat er te weinig mogelijkheden zijn om een vaste positie te vinden.

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

In eerste instantie stond ik versteld van het feit dat patiënten vaak meer vertrouwen lijken te hebben in een medisch specialist dan in een arts-assistent. Naar mijn mening hechten mensen veel waarde aan een titel en dat is heel invoelbaar. Als jonge klare gaf mij dit aanvankelijk het ongemakkelijke gevoel dat de lat voor mij wel erg hoog werd gelegd, wat soms stresserend werkte bij complexe vraagstukken. Gelukkig raak ik niet snel in paniek en ben ik me goed bewust van mijn grenzen en kennis. Mijn collega's



staan gelukkig altijd open voor overleg, ook tijdens het weekend bij lastige casussen die niet kunnen wachten. Dat geeft me meer vertrouwen en zorgt ervoor dat ik mezelf blijf ontwikkelen.

#### **Wat zijn de komende jaren jouw doelen, wat wil je bereiken?**

Het belangrijkste voor mij is om een vaste aanstelling te vinden die bij me past, zodat ik verder kan werken aan mijn ambities. Collegialiteit en de arts-patiëntrelatie staan daarbij hoog in het vaandel. Daarnaast wil ik mijn kennis op het gebied van medisch management verder ontwikkelen om bij te dragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. Vanwege mijn brede opleiding ben ik bereid, indien nodig, me verder te verdiepen in andere aandachtsgebieden, mits ik mijn droombaan kan vinden.

#### **Hoe combineer je je werk met je gezinsleven?**

In dit leven heb ik twee banen: medisch specialist en mama van twee zoontjes (5 en 4 jaar), met de steun van papa (mijn vriend). Het combineren van beide is een uitdaging, vooral omdat de jongste zoon een kind is met speciale behoefte, wat extra zorg en aandacht vraagt. Samen met onze gespecialiseerde oppas in de ochtenduren hebben we een goede planning kunnen maken. Mijn vriend zorgt voor de kinderen na zijn werktijd, waardoor ik in alle rust mijn werk kan afmaken. Immers, mijn werk geeft me veel voldoening en energie, ik kom tot rust op de werkvloer. Eenmaal thuis richt ik me volledig op de kinderen totdat zij lekker in dromenland zijn. In het weekend en op mijn parttime-dag ondernemen we samen leuke activiteiten. Recent heb ik een Instagram-account (@thedricksmom) aangemaakt om meer bewustzijn te creëren over het leven met een kind met speciale behoefte. Wie weet krijg ik meer volgers.

#### **Heb jij adviezen voor beginnende arts-assistenten?**

Ondanks de slechte arbeidsmarkt wil ik beginnende arts-assistenten niet ontmoedigen in het nastreven van hun

passie en doelen. Wel wil ik hen bewust maken van het feit dat een droombaan niet vanzelf komt. Gedurende je carrière moet je je ambities blijven bijstellen, rekening houdend met (privé)omstandigheden en interesses en altijd streven naar een goede werk-privébalans. Het is oké om prioriteiten te verschuiven naarmate je levenssituatie verandert.



## Longartsen zoeken de verbinding

**Alleen ga je sneller, samen kom je verder. Dit motto lijkt op het lijf geschreven van de Long Alliantie Nederland (LAN), waar Rutger Haandrikman dit jaar aantrad als directeur. In gesprek met longarts en LAN-bestuurslid Hans in 't Veen verkent hij hoe dit samenwerkingsverband de longzorg in Nederland naar een hoger plan tilt. De LAN brengt alle partijen in de longzorg bij elkaar – een unieke positie die volgens beide gesprekspartners het verschil maakt in de dagelijkse praktijk.**

Het is een uitzonderlijk warme najaarsdag. Op een zonnig terras nabij het Franciscus, waar In 't Veen eind dit jaar afscheid neemt, ontspint zich een gesprek over longzorg, impact en de kunst van het samenwerken.

### De kracht van samenwerking

Haandrikman trapt af: 'Is samenwerking eigenlijk wel een sterke kant van longartsen?'

In 't Veen aarzelt niet: 'Longziekte is een heel divers vak, dat dwingt de arts per definitie om samen te werken, zeker bij chronische ziekte of revalidatie. Samenwerking is de longarts dus eigen. Je komt ze dan ook geregeld tegen in den lande, in stafbesturen of regionale verbanden, zij zoeken de verbinding.' Deze natuurlijke neiging tot samenwerken vindt zijn weerslag in de Long Alliantie Nederland. Haandrikman benadrukt het unieke karakter: 'Wat de LAN zo bijzonder maakt, is dat de hele zorgketen aan tafel zit. Zo'n brede multidisciplinaire samenwerking binnen één zorgveld zie je nergens anders – niet bij diabetes, niet bij oncologie. Maar,' vraagt hij zich hardop af, 'zijn we wel voldoende zichtbaar voor onze doelgroep?' In 't Veen: 'Dat is niet zo maar gezegd. Wel is de positie op brede onderwerpen steeds sterker geworden. En terugkijkend kunnen we gerust zeggen dat er best veel is bereikt – en dat bij de gratie van de ander, het gaat altijd om samenspel.'

'Kun je verduidelijken hoe je precies de NVALT vertegenwoordigt binnen de Long Alliantie?' vraagt Haandrikman. 'Ik zit in het bestuur van de LAN op voordracht van de NVALT, niet als formeel afgevaardigde,' licht In 't Veen toe. 'Het verschil is dat ik in theorie bij een stemming tegen de officiële positie van de NVALT in kan gaan. Soms moet je wel eens tegen de stroom in een punt maken. In praktijk heb ik natuurlijk regulier overleg met het NVALT-bestuur en met de directeur van het NVALT-bureau.' In 't Veen vervolgt: 'Een van de grote krachten van de Long Alliantie is dat we niet strikt gebonden zijn aan Level A Evidence' Dat kan juist omdat we zo'n brede vertegenwoordiging hebben. Het betekent dat ook gezond verstand een rol mag spelen in onze besluitvorming. Dat is direct een van onze belangrijkste meerwaarden.' 'Welke andere aspecten maken de Long Alliantie waardevol?' wil Haandrikman weten. In 't Veen: 'Naast wat ik al noemde – het multidisciplinaire en de eigen koers die niet wordt bepaald door afzonderlijke beroepsgroepen – kan er snel worden geschakeld, er kan problematiek worden geagendeerd én de vervolgstappen kunnen worden gemaakt, met alle partijen aan tafel. Dit is heel succesvol geweest voor beroepslongziekten en het werkt ook heel goed voor een actueel project als het leef- en zorgpad voor kinderen met astma. Er is ook een goede band met het bedrijfsleven. [De Long Alliantie kent ook bedrijfsleden. Om de onafhankelijkheid te waarborgen hebben zij geen stemrecht en participeren dus niet in de formele beleidsbepaling van de vereniging.] Het is spijtig dat de zorgverzekeraars niet aan boord zijn, maar dat verandert mogelijk nog.'

Hij vervolgt: 'Projecten van de Long Alliantie hebben in de regel direct invloed op de werkvloer. Zoals het Compassion-project, de palliatieve zorg bij COPD, dat wordt nu met aanvullende subsidie geïmplementeerd in het Franciscus. Ook de website inhalatorgebruik.nl is vanaf het begin een impactvol initiatief, met jaarlijks meer dan een miljoen bezoekers. Bij de medicijntekorten in



Hans in 't Veen



Rutger Haandrikman



Nederland pakt de Long Alliantie een regierol. En er wordt gewerkt aan een leidraad voor vaccinaties bij longziekten, waar longpatiënten straks direct baat bij hebben.'

### Tegen de stroom in

'De Long Alliantie durft soms ook tegen de stroom in te gaan. Hoe belangrijk is dat?', vraagt Haandrikman. 'Met de zorgstandaard COPD is de zorg echt verbeterd en niet alles was volstrekt evidence-based,' zegt In 't Veen. 'Maar er is gekeken naar ziekte-last, het lijden is meegenomen.'

'De LAN heeft er ook voor gezorgd dat de Tweede Kamer een motie heeft afgewezen op het dossier hoogteberg revalidatie. Daarmee bleef die behandeloptie behouden. Dat maakt voor een groep patiënten heel wezenlijk verschil.' Haandrikman: 'Daarbij speelde snelle mobilisatie ook een rol?'

'Zeker, dat is het voordeel van een netwerk van beroepsprofessionals dat nauw met elkaar in verbinding staat en gelijk kan schakelen. Zo heeft de LAN ook gelijk een post-covid projectgroep opgetuigd, al in 2020, de eerste zomer. Het Longfonds heeft dit geagendeerd en het netwerk stond garant voor een integrale benadering.'

### Passende zorg: uitdagingen en kansen

'Terug naar het heden', oppert Haandrikman. 'De basisprincipes van Passende Zorg zijn ook de leidende principes voor de

longzorg waar de Long Alliantie naar streeft. Het zijn gedeelde bakens voor de sector, je kunt er niet om heen. Toch roept de term weerstand op; sommigen zien het vooral als bezuinigingsmaatregel. Moeten we op zoek naar een nieuwe naam? Of zit het probleem dieper?' In 't Veen reageert genuanceerd: 'Het gaat om de principes, en het zijn goede principes. Daar wil ik niets aan af doen. Ik begrijp wel waar de opmerkingen vandaan komen, maar het is te makkelijk. De kunst is de invulling. Er zijn regio's waar mensen meer dan 6 maanden moeten wachten op een afspraak bij de longarts. De organisatie moet veranderen. De Long Alliantie kan dat vanuit een neutrale positie agenderen. De eerste en tweede lijn kunnen beter samenwerken. Ook zou een patiënt met COPD zowel in de eerste als in de tweede lijn moeten worden vergoed. De ziekte is zo breed! De juiste zorg op de juiste plaats, er kan veel dichterbij huis. Wat is de vraag achter de vraag – die moeten we onszelf steeds stellen.'

'Het LAN-congres over longaanvallen van afgelopen april liet grote regionale verschillen zien in de aanpak van ziekenhuisopnames,' brengt Haandrikman in. In 't Veen: 'Op sommige plekken gaat het echt beter dan op andere. Dat daar meer transparantie in komt, dat is een belangrijk gegeven. Waar gaat het goed? Wat kunnen we van elkaar leren? En bij passende zorg hoort ook de fysiotherapeut in de eerste lijn, die bij COPD nog te vaak over het hoofd wordt gezien.' 'Hoe kun-

Op 14 oktober waren het bestuur en de bureaumedewerkers van de Long Alliantie Nederland (LAN) samen voor een strategiedag.)

nen we met de Long Alliantie het sociale domein er nog meer bij betrekken?', vraagt Haandrikman. 'Het begint met goed begrijpen hoe patiënten in hun dagelijks leven functioneren,' antwoordt In 't Veen. 'Dat brengt me bij een veelzeggende anekdote. Een longarts in opleiding was uitgenodigd om mee te wandelen met de Longuitdaging, een bewegingsactiviteit voor patiënten. Hij kwam vol enthousiasme aan in een flitsend trainingspak op snelle sneakers. Die disconnectie tussen zorgverlener en patiënt zie je vaker. Juist daar zit de les: leer je patiënten kennen! Een COPD-patiënt heeft een heel ander tempo, een andere leefwereld.' 'Vanuit dat begrip kunnen we bouwen,' vervolgt hij. 'Lotgenotencontact is essentieel, maar we willen vooral het hele veld verbinden. De LAN kan een blauwdruk bieden voor hoe je die verbinding met het sociale domein maakt. Hoe organiseer je samenwerking buiten het ziekenhuis? Hoe komen die contacten tot stand? En we hebben meer kennis nodig, bijvoorbeeld over gezondheidsvaardigheden van laaggeletterden. Als we daar betere oplossingen voor vinden, zou dat enorm veel druk van de zorg wegnemen.'

#### **Blik vooruit**

'Ik ben heel blij met Marian Kaljouw als nieuwe voorzitter van de Long Alliantie,' vervolgt In 't Veen. 'Zij weet wat ervoor nodig is om een systeempartij te worden, de projecten te overstijgen. Zij heeft de voelsprietten, met haar achtergrond

in de verpleging en als bestuurder.' [Voorheen was Kaljouw onder meer voorzitter raad van bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit en voorzitter van de verpleegkundigen van de Algemene Verpleegkundigen & Verzorgden Nederland; momenteel is zij lid Eerste Kamer voor de VVD-fractie.] 'Tot slot,' vraagt Haandrikman aan In 't Veen, 'hoe brengen we de longartsen nog dichterbij de LAN? We zijn er nadrukkelijk ook voor hen. We zijn geen groot bureau met onze zeven medewerkers, maar kunnen wel effectief verschil maken. Waar zit voor longartsen de meerwaarde?' 'We hebben de kernpunten benoemd,' concludeert In 't Veen. 'Het gaat om alles wat de samenwerking raakt, dat is hét thema. Daarbij helpt het dat de Long Alliantie tegen de stroom in kan gaan en niet voor één afzonderlijke beroepsgroep staat, maar het veld bij elkaar brengt. Met kwaliteit van zorg, transparantie en toegankelijkheid als randvoorwaarden.' Hij vult aan: 'De NVALT heeft een nieuwe werkgroep Preventie, een heel belangrijk onderwerp, ik geloof dat we elkaar daar ook kunnen vinden. Maar laten we het vooral ook aan de longartsen zelf vragen: Wat leeft er bij u rond deze thema's? Missen we bepaalde aspecten? En hoe krijgen we de zorgverzekeraars aan tafel? Deel uw gedachten met ons!'

Deel het met ons. Wij zijn benieuwd! Reacties via [haandrikman@longalliantie.nl](mailto:haandrikman@longalliantie.nl)



## Diversiteit in het ziekenhuis



*Het bestuur van CODING vlnr: Shajeevan Sivakumar (hij/hem), Nour Al Kuhaili (zij/haar), Shangrila Sewratan (zij/haar), Marinda Vink (zij/haar) en Ibtissam El Hasnaoui (zij/haar).*

Natuurlijk zijn artsen opgeleid om iedereen gelijk te behandelen. Maar hoe doe je dat eigenlijk bij een heel diverse patiëntenpopulatie? Diversiteit is een breed begrip; het gaat over geaardheid, etniciteit, maar ook over lichamelijke beperkingen, religie en maatschappelijke achtergrond. Lukt het om echt open te staan voor mensen die anders zijn dan je eigen referentiekader? Onze huidige maatschappij bestaat uit zoveel verschillende mensen, dat een 'normale' patiënt eigenlijk niet bestaat, want wat is nu eigenlijk 'de norm'? Met deze nieuwe rubriek willen we onze leden meer bewust maken over het thema 'diversiteit'. In deze eerste aflevering spreken we met een afvaardiging van het Collectief voor Diversiteit en Inclusie in de Nederlandse Geneeskunde (CODING).

### **Wat zijn de doelen en de missie van CODING?**

Stichting Collectief voor Diversiteit en Inclusie in de Nederlandse Geneeskunde (CODING) zet zich in voor een zorgsysteem waarin diversiteit en inclusie centraal staan. Onze missie is om een sensitieve en inclusieve benadering in de zorg te bevorderen, waarbij de unieke achtergrond van elke patiënt wordt erkend en benut om de zorgkwaliteit te verbeteren. Daarnaast willen we zowel zorgprofessionals als studenten ondersteunen in het begeleiden van een diverse patiëntenpopulatie en bijdragen aan een werkveld waarin iedereen gelijke kansen krijgt.

### **Waarom ontstond de noodzaak om een dergelijk initiatief te starten?**

CODING werd opgericht door een diverse groep zorgprofessionals, waaronder studenten, artsen en onderzoekers uit verschillende disciplines. Vanuit gedeelde ervaringen met racisme en discriminatie herkenden zij het gebrek aan bewustzijn over deze thema's binnen de medische sector. De noodzaak om CODING te starten, kwam voort uit de dringende behoefte om onbewuste vooroordelen, discriminatie en racisme in de zorg aan te pakken. Veel zorgverleners ervaren dat deze thema's

nog onvoldoende aan bod komen binnen opleidingen en werkomgevingen. CODING wil deze onderwerpen bespreekbaar maken en de bewustwording vergroten, zodat een inclusieve zorgomgeving ontstaat. Daarnaast streeft CODING ernaar om bestaande initiatieven te versterken, zodat niet iedereen opnieuw het wiel hoeft uit te vinden.

### **Zijn jullie zelf wel eens geconfronteerd met discriminatie?**

Voor velen van ons zijn ervaringen met discriminatie, zowel direct als indirect, een bepalende factor geweest in onze motivatie om ons in te zetten voor verandering. Denk aan persoonlijke ervaringen met uitsluiting, vooroordelen of ongelijke behandeling vanwege onze achtergrond, religie of geslacht. Dit zijn ervaringen die een indruk achterlaten en ons doen inzien hoe belangrijk het is om actief bij te dragen aan een samenleving die rechtvaardig en gelijkwaardig is.

Het delen van deze persoonlijke verhalen is cruciaal. Samen kunnen we zo een platform creëren waar we elkaar ondersteunen, verbinden, en inspireren om voor inclusie en gelijkwaardigheid te blijven strijden.

### **Hoe kunnen we de zorg veiliger maken voor patiënt, AIOS en medisch specialist?**

Een veilige zorgomgeving begint met openheid en het bespreekbaar maken van diversiteit en inclusie. Trainingen en workshops zijn essentieel voor het vergroten van het bewustzijn over bias en discriminatie. Dit onderwerp moet een standaard onderdeel van het medisch (vervolg)onderwijs zijn en niet slechts een uitzondering. Daarnaast is het cruciaal dat alle zorgverleners zich gehoord en gewaardeerd voelen, ongeacht hun achtergrond.

### **Welke groep loopt volgens jullie tegen de grootste problemen aan en wordt het minst gezien?**

Het is lastig om precies te zeggen welke groep tegen de grootste problemen aanloopt en het minst gezien wordt, omdat iedereen

met verschillende obstakels te maken krijgt, afhankelijk van wie je bent en welke combinatie van kenmerken je hebt. Dit intersectionele perspectief laat zien dat de uitdagingen die bepaalde groepen ervaren, het resultaat zijn van verschillende, met elkaar verweven sociale en culturele factoren. Door intersectionaliteit te begrijpen, kunnen we barrières doorbreken en structurele ongelijkheden verminderen, wat leidt tot een inclusievere en rechtvaardigere samenleving waar iedereen zich gehoord en gezien voelt.

### Hoe ga je om met de weerstand die kan optreden bij het bespreken van dit thema?

Diversiteit verbetert de kwaliteit van zorg voor iedereen. Door mensen te laten zien hoe diversiteit bijdraagt aan de zorg, kan meer begrip en steun ontstaan.

*Marinda: "Het gesprek over diversiteit wordt vaak in de context van 'de ander' gevoerd, maar het gaat juist vaak ook over jezelf."*

### Hebben jullie al concrete doelen behaald?

Zeker. Onder andere door workshops, trainingen en het opstellen van kennisdatabases door onze CODING teamleden komt er steeds meer bewustwording over het belang van diversiteit. Daarnaast zijn velen van ons actief betrokken bij het verbeteren van medisch onderwijs en worden best practices met verschillende onderwijsinstellingen gedeeld. Vanuit CODING fungeren wij als de schakel, zodat mensen elkaar beter weten te vinden en het gesprek over dit thema op meerdere plekken wordt gevoerd.

### Hoe ziet het ideale ziekenhuis eruit als je diversiteit als uitgangspunt neemt?

In een ideaal ziekenhuis is diversiteit niet alleen een doel, maar een fundamenteel onderdeel van de organisatiecultuur. Patiënten voelen zich er welkom en begrepen, en zorgprofessionals zijn getraind in het omgaan met een diverse patiëntenpopulatie. Een diverse artsenpopulatie zorgt voor meer begrip van de unieke achtergrond van elke patiënt, wat essentieel is voor gepersonaliseerde zorg.

*Nour: "Zo is het in sommige culturen heel normaal om medische informatie niet alleen te ontvangen, maar met een familielid te bespreken. Voor artsen is het belangrijk dat je per persoon kijkt wie er voor je zit en welke cultuur en achtergrond zij meebrengen. Zo kun je verschillende patiënten beter helpen."*

### Wat zou er nodig zijn om dit ook echt te bereiken?

Hiervoor is structurele verandering nodig. Dit omvat beleidsaanpassingen en het vergroten van bewustwording, onder andere door het gesprek met elkaar aan te gaan en open te staan voor verschillende perspectieven.

*Ibtissam: "Ware inclusie ontstaat wanneer we niet alleen ruimte maken voor diversiteit, maar ook oprecht luisteren naar elkaars verhalen en ervaringen. Pas dan bouwen we een samenleving, en dus zorgsysteem, waarin iedereen zich gezien, gehoord en gewaardeerd voelt."*

### Wat zijn de grootste struikelblokken?

De grootste struikelblokken zijn vaak op institutioneel niveau. Veranderingen doorvoeren kan weerstand oproepen en ongemak veroorzaken, en er zijn vaak niet genoeg middelen beschikbaar om deze veranderingen te ondersteunen. Daarom is het belangrijk dat het gesprek over dit ongemak wordt geopend en middelen met elkaar worden gedeeld.

### Hebben jullie vertrouwen in de toekomst?

Ja, we zien door CODING heel veel gepassioneerde zorgverleners die zich inzetten voor een inclusieve geneeskunde. Daarnaast merken we ook van de partners van CODING dat op steeds meer plekken het belang van diversiteit wordt ingezien. We hopen dat we binnen enkele jaren een artsenpopulatie hebben die representatief is voor onze multiculturele samenleving, en dat diversiteit de norm is geworden in de medische wereld. *Nour: "Diversiteit en Inclusie (D&I) zijn geen obstakels, maar bronnen van kracht die bijdragen aan betere zorg voor alle patiënten."*



## Buitenlandstage Zuid Afrika

Ervaringen Tygerberg hospital  
Stageperiode: Januari – april 2024



Na ruim 4 jaar geen uitwisseling naar Tygerberg hospital in Kaapstad, ben ik de eerste die weer kan en mag gaan in het post-covid tijdperk. Na de nodige administratieve rompslomp vertrek ik toch echt met kerst 2023 naar Kaapstad. Vertrekken uit het regenachtige en koude Nederland en aankomen in een warm en zonnig Kaapstad doet gelijk al goed. De eerste werkweek loopt iets anders dan verwacht. De zorg in publieke ziekenhuizen wordt volledig betaald door de overheid, ook voor onverzekerde inwoners van Zuid-Afrika is hierdoor de zorg 'gratis'. In het kader van bezuinigingen vanuit de overheid is besloten het ziekenhuis rondom de feestdagen (hun zomervakantie) voor drie weken te sluiten voor alle niet-acute zorg. Dus geen poliklinische zorg en geen afdelingspatiënten. Alleen een spoed behandelprogramma en IC zorg zijn tijdelijk geborgd. In Tygerberg hebben de longartsen ook de verantwoordelijkheid over de beschouwende (niet-chirurgische) Intensive Care afdeling.

Na een rustige start begint mijn stage dan echt. Het team bestaat uit 4 longartsen en 5 fellows met aanvullend nog een gepensioneerde professor die soms aanhaakt bij de ochtendoverdracht voor de nodige onderwijsmomenten. Maandag, dinsdag en donderdag wordt door alle fellows polikliniek gedaan, op 1 iemand na die behandelprogramma doet. Op woensdag is het behandelprogramma van professor Koegelenberg. Hij doet alle complexe interventies en de cryobiopsies. De wachttijden voor chirurgie zijn lang en door de moeizame samenwerking met de anesthesie zijn de longartsen gedwongen om de sedatie en monitoring van patiënten tijdens ingrepen door het eigen team te doen. De sedatie wordt in principe verzorgd door de med regs (medical registrars, artsen in opleiding voor physician) of door één van de fellows. Wie heeft er een anesthesioloog nodig? Beetje propofol en fentanyl geven kan iedereen, toch.

Door lange wachttijden voor operaties/CT-geleid biopsies worden veel verrichtingen zelf gedaan. Transthoracale needle aspirations (TTNAs) worden gedaan met de patholoog op de kamer voor on-site beoordeling, waardoor je gelijk weet of je goed zit of helaas alleen necrotisch materiaal hebt. De relatief makkelijke hande-

ling doet je afvragen waarom we dit niet vaker zelf in Nederland doen. Abrahams biopsies worden nog wekelijks gedaan en een enkele keer een thoracoscopie of rechterhart-katherisatie. Er worden zeer veel EBUS'en verricht. Als stagist hier kan je dus genoeg nieuwe vaardigheden leren.

Tygerberg is een derdelijns ziekenhuis met in de omgeving onder zich ongeveer 40 verwijzende ziekenhuizen. Omdat er weinig longartsen in de omgeving zijn ziet het team veel complexe problematiek, ernstige ILD, COPD en astma, longkanker en pulmonale hypertensie. Met de beperkte middelen, de overheid vond het een jaar geleden niet meer nodig om glycopyrronium te kunnen voorschrijven, wordt de best mogelijke zorg voor de patiënten geregeld. Omdat veel patiënten lang onderweg zijn om naar het ziekenhuis te komen wordt zoveel mogelijk op één dag gepland. Post-tuberculose lung disease (PTLD) is een aanzienlijk aandeel van de meestal jonge patiënten. Waarom het zich precies zo hevig manifesteert in Zuid-Afrika, is niet helemaal duidelijk. Waarschijnlijk spelen veel vertraging tot behandeling en malnutritie een grote rol. Veel mensen hebben weinig vertrouwen in de zorg waardoor vaak lang wordt gewacht om naar het ziekenhuis te komen. Daarnaast spelen de lange wachtlijsten bij de lokale klinieken een rol. Een ziektebeeld als echinococcus cysten (Hydatid disease) is geen uitzondering. Er wordt een paar keer per maand een patiënt verwezen met hemoptoë agv Rasmussen aneurysma. Ondanks een incidentie van rond de 5% niet iets





wat vaak in Nederland wordt gezien. Voor patiënten met cystic fibrosis bestaat er een apart ziekenhuis met alle begeleiding en patiënten kunnen worden verwezen voor longtransplantatie. De longoncologie wordt behandeld door de interne oncologen. Er is alleen chemotherapie beschikbaar (ook privé).

Veel lokale ziekenhuizen worden door de jonge artsen of internisten geleid. De longartsen proberen regelmatig onderwijs te geven in één van de verwijzende klinieken. Ik kon een dag mee naar Worcester hospital (ruim 1,5 uur van Tygerberg af) om onderwijs te geven over pneumothorax, het wanneer wel en wanneer niet een thoraxdrain te plaatsen en hoe om te gaan met persisterend luchttek. Alhier is een blood patch de eerste keuze boven chirurgische interventie door de lange wachttijden. Naast veel verschillen zijn er ook overeenkomsten en lopen ze soms zelfs voorop op 'ons'. Er is wekelijks een journal club en een half uur onderwijs verzorgd door een fellow of med regs. Onderwerpen zijn veelzijdig. Er wordt veel recente literatuur besproken ook als het daar niet haalbaar of toepasbaar is. Daarnaast is elke woensdagmiddag een uur onderwijs speciaal voor fellows waarbij de nodige

theorie wordt besproken. Er is wekelijks een ILD bespreking met patholoog en radioloog en een oncologie bespreking met chirurg, radioloog en oncoloog. Er wordt longfunctie en CPET gedaan. Daarnaast hebben ze een digitaal landelijke laboratorium website. Hier zijn gemakkelijk alle bloed-, kweek- en pathologie uitslagen te zien onafhankelijk van waar het is opgestuurd en heeft de Western Cape een website met toegang tot PACS van het grootste deel van de lokale klinieken.

Naast het werk is er gelukkig ook genoeg tijd om de omgeving te verkennen. Het oplopen van de Tafelberg via verschillende routes is de laatste jaren een populaire activiteit geworden. Daarnaast zijn de wijnboerderijen in Constantia op nog geen 20 minuten afstand. De restaurants zijn voor de meeste Afrikaners helaas vrij duur maar voor ons goedkoop. Voor surfers zijn er genoeg opties bij Bloubergstrand en Muizenberg. En natuurlijk niet te vergeten het rugby.

*Kelly Jonkman  
AIOS longziekten Franciscus Gasthuis & Vlietland*

## Buitenland stage thoracale oncologie

**Locatie stage: Lab van prof. Dr. A. Curioni en Luzerner Kanton Spital**  
**Stageperiode: April t/m September 2024**



Met veel plezier heb ik in het afgelopen jaar een verdiepingstage thorax oncologie, een combinatie van kliniek en research, gevolgd in Zwitserland. De thoraxoncologie is een uitdagend vakgebied waarbij kliniek, transnationale onderzoek en basaal onderzoek samenkomen en ontwikkelingen elkaar snel opvolgen.

Vooraf aan de opleiding heb ik in het AvL promotie onderzoek gedaan naar systemische behandeling in mesothelioom. Om beter te begrijpen waarom systemische behandelingen wel- of juist niet werkte was het translationele onderzoek een groot onderdeel van de klinische studies.. Daarbij is het van belang om tot een goede onderzoeksvraagstelling te komen, waarbij je vaak samenwerkt met teams uit verschillende disciplines zoals de radiologie en het immunologie lab. Na mijn promotie ben ik doorgegaan met dit onderzoek, echter miste ik de ervaring in het lab om te kunnen schakelen tussen kliniek en translationeel onderzoek.

Als toekomstig longarts was het doel van mijn verdiepingstage om mij verder te bekwamen in het combineren van deze onderdelen. In het lab van prof. Curioni had ik de kans om basaal onderzoek te doen met mesothelioom cellijnen. Daarbij heb ik een onderzoeksvraag opgesteld die aansluit bij een klinische studie in Nederland waar we patiënten hebben behandeld met pembrolizumab-lenvatinib (PEMMELA studie). Ondanks dat we bij patiënten zagen dat de combinatiebehandeling goed werkt, was het directe cytotoxische effect van lenvatinib in mesothelioom onbekend. In het lab heb ik mesothelioomcellijnen met lenvatinib behandeld om dit directe effect te onderzoeken en om te kijken via welke signaleringmechanisme dit directe effect werkt. Parallel onderzoeken we nu in Nederland deze mechanismen in de biopten van patiënten die behandeld zijn in de PEMMELA studie. Door de resultaten in de cellijnen te combineren met de resultaten uit patiënten hopen we beter te begrijpen hoe de combinatie behandeling werkt. Ook al kan basaal onderzoek ver weg van de kliniek lijken, in een samenwerking met een goede onderzoeksvraag kunnen deze werelden dicht bij elkaar komen.

In het klinische deel van de stage in het Luzerner Kanton Spital was ik zowel bij de afdeling oncologie als bij de aanpalende specialisaties en afdelingen betrokken bij de zorg voor patiënten met longkanker. Omdat in Zwitserland de Thoraxoncologie onder de algemene oncologie valt gaf dit een verbreding op mijn klinisch oncologische blik. Er was bijvoorbeeld veel uitwisseling onderling over de behandeling bij specifieke mutaties tussen de verschillende kankertypen, maar er wordt ook al veel ervaring opgedaan met nieuwere behandelingen zoals bi-specifieke antilichamen of met CAR-T cells. Tevens heb ik een aantal weken bij de radiologie als assistent meegedraaid om een CT- thorax goed te leren beoordelen. Patiënten waarbij ik de CT- thorax beoordeelde in het kader van een maligniteit bij de radiologie heb ik opgevolgd bij de oncologie. Indien mogelijk was ik aanwezig bij de resectie van longtumoren en ben ik aangesloten bij de afdeling pathologie als het resectie preparaat werd beoordeeld. Wekelijks was ik betrokken bij het MDO waar alle facetten weer bij elkaar kwamen. Naast de directe klinische kennis heeft deze stage mijn blik op de gezondheidszorg verbreed. De zorg is op een andere manier georganiseerd in Zwitserland, de verzekering is georganiseerd met een collectieve verzekering en een private verzekering. De financiële prikkels hiervan zijn in de dagelijkse praktijk zichtbaar.





Vooraf was de stage getoetst middels het (nieuwe) format van het Concilium. Hiermee was het uniek om een stage zelf vorm te mogen geven en in te delen naar mijn specifieke wensen en leerdoelen. Ik heb gemerkt dat mensen die in een ander systeem werken worden geprikkeld om over de dagelijkse praktijk na te denken als er iemand van buitenaf meewerkt. Een combinatie van een goede voorbereiding en leerdoelen met tegelijk voldoende ruimte in het weekschema om zijsporen te verkennen, gaf mij een zeer gevarieerde en leerzame tijd. Zeker voor onderzoek naar zeldzame oncologische ziekten is het van belang dat we samenwerken in Europees verband en dat we soms buiten de gebaande paden gaan om te zien hoe we dit spannende werkveld verder kunnen ontwikkelen.

*Dianne de Gooijer  
AIOS Longgeneeskunde LUMC  
Opleider: Maarten Ninaber  
Postdoc Thorax-oncologie, Antoni van Leeuwenhoek (AVL)  
Ziekenhuis*



## Van Amsterdam naar Singapore

### De kracht van samenwerking

Twee jaar geleden zijn we als gezin naar Singapore verhuisd. We speelden al langer met het idee om tijdelijk in het buitenland te gaan wonen en werken, maar het was de vraag of we een plek konden vinden waar we beide onze carrière konden voortzetten. Toen mijn vrouw, die werkzaam is bij Adyen, een positie in Singapore aangeboden kreeg, werkte ik met veel plezier als Chef de Clinique in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis. Ik had het jaar ervoor mijn opleiding afgerond in het LUMC. Via collega's hoorde ik dat Thérèse Laperre enkele jaren eerder als longarts in Singapore had gewerkt en ik nam contact met haar op. Zij vertelde enthousiast over de mooie tijd die ze met haar gezin had gehad en bracht me in contact met lokale oud-collega's. Het bleek echter een uitdaging om een passende vacature te vinden. Omdat ik mij specifiek wilde verdiepen in de longoncologie, maar ook omdat er tegenwoordig een sterke voorkeur voor lokaal opgeleide specialisten geldt in Singapore, waardoor het voor buitenlanders haast onmogelijk is om een positie te bemachtigen.

Veel dank ben ik uiteindelijk verschuldigd aan Paul Baas, die mij in contact bracht met Ross Soo, medisch oncoloog en hoofd van de longtumor groep in het National University Cancer Institute Singapore (NCIS). Kort na een ontmoeting met Dr. Soo tijdens een ETOP (European Thoracic Oncology Platform) bijeenkomst in Amsterdam, kon ik naar Singapore voor een sollicitatiegesprek met professor Lee Soo Chin, het hoofd van de afdeling. Ik kreeg een clinical fellowship in thoracic oncology aangeboden, maar de grootste uitdaging moest nog komen: de registratie bij de Singapore Medical Council (SMC). Voordat ik mijn 'Temporary Registration' mocht ontvangen zou ik nog maandenlang geduld

moeten hebben, waarin er soms meerdere malen per week verzoeken voor nieuwe documenten uit Nederland binnen kwamen.

### Leven in Singapore

De kwaliteit van leven in Singapore is uitstekend. De kinderen (leeftijd 4 en 6) gaan naar de Holland International School en vinden het hier geweldig. Ze spreken inmiddels vloeiend Engels en hebben een goed begrip van de diverse culturen die de stad herbergt. Bovendien is Singapore de ideale uitvalsbasis om de omliggende regio te verkennen. Toch brak er voor mij na de verhuizing een onzekere tijd aan waarin de bureaucratie me regelmatig frustreerde. Achteraf koester ik de tijd die ik met onze kinderen heb kunnen besteden, maar op het moment zelf wilde ik gewoon zo snel mogelijk aan de slag.

### Gezondheidszorg Singapore

Het NCIS maakt deel uit van NUH (National University Hospital), een van de twee grote universitaire centra, en is gelieerd aan de Yong Loo Lin School of Medicine, één van de oudste medische faculteiten in Azië. Het ziekenhuis wordt gefinancierd door een combinatie van publieke middelen en eigen inkomsten. Het maakt deel uit van het National University Health System (NUHS), dat een overheidsfinanciering ontvangt voor het leveren van



Teamfoto NCIS 2024



Overleg met mijn gewaardeerde collega Yiqing Huang

gezondheidszorgdiensten, onderwijs en onderzoek. Singapore heeft een efficiënt gezondheidszorgsysteem, met slechts 4-5% van het BNP besteed aan zorg, vergeleken met 10-12% in Nederland. Terwijl de overheid investeert in preventie (huidige rookprevalentie is 10% vs 18% in 1992, nieuwe tabaksproducten zijn verboden), infrastructuur en de basisgezondheidszorg, sparen de burgers door de invoer van het Medisave systeem voor hun zorgkosten. Ook is elke burger verplicht om een basisverzekering af te sluiten, MediShield Life. Premies hiervoor worden betaald vanuit het Medisave fonds. Als vangnet om te voorkomen dat patiënten met lage inkomens worden uitgesloten van noodzakelijke zorg is er Medifund, een overheidsfonds. Hoewel dit goed functioneert, heb ik ondervonden dat dit tot



Kinderen genieten van het uitzicht in downtown Singapore

een aanzienlijke hoeveelheid extra administratieve lasten leidt voor artsen. Als patiënten extra dekking willen voor privéziekenhuizen of luxe ziekenhuiskamers in publieke ziekenhuizen, kunnen ze een privéverzekering nemen. Gezien de aanzienlijke eigen uitgaven, is het gebruikelijk om in de spreekkamer de kosten van diagnostiek en behandelingen toe te lichten. Naast de taal en de culturele verschillen vond ik dit de eerste maanden het meest uitdagende aspect van mijn werk.

### National University Cancer Institute Singapore

Het NCIS is een toonaangevend kankerinstituut in de regio en weerspiegelt in veel opzichten de werkwijze die ik ken vanuit het AvL. De onbekende infrastructuur, het zorgsysteem en het verschil in taal (voornamelijk Engels, maar meestal een mix van Maleisisch en Engels) zorgden er echter voor dat er een hoge mate van aanpassingsvermogen en flexibiliteit werd gevraagd gedurende de eerste maanden van mijn werk. Deze investering heeft uiteindelijk geleid tot een fascinerende en leerzame tijd, waarin ik mijn liefde voor de behandeling van longkankerpatiënten kwijt kan binnen een andere populatie en zorglandschap. Door de hoge prevalentie van EGFR mutaties binnen de Aziatische populatie, valt meer dan de helft van mijn patiënten binnen deze categorie. Dit heeft me de kans gegeven om in korte tijd veel ervaring op te doen met deze interessante patiëntengroep.

De behandeling van gemetastaseerd longkanker wordt in Singapore, net als in veel andere delen van de wereld, uitsluitend gedaan door medisch oncologen. Ik werk dan ook op de afdeling Oncologie. Men moest er hier wel aan wennen, een longarts die chemo voorschrijft. Het duurde dan ook nog twee maanden voordat ik orders voor cytostatica zelf mocht tekenen. Het niveau van de zorg hier is uitstekend, maar ik ben erachter gekomen dat de meer gefragmenteerde taakverdeling, waarbij de longarts diagnosticeert en de medisch oncoloog de behandeling uitvoert, uitdagingen met zich meebrengt in het multidisciplinaire behandeltraject. In Nederland vervult de longarts een coördinerende rol vanaf het moment dat de patiënt met een afwijkende thoraxfoto op het spreekuur verschijnt. Doordat we vaak zelf de diagnose stellen, is er tevens een groter bewustzijn om voldoende materiaal te verkrijgen, zowel voor een sluitende diagnose als voor aanvullende biomarkertesten. Aangezien het takenpakket van de longarts in Singapore breder is – inclusief de verantwoordelijkheid voor patiëntenzorg op de Intensive Care – is er minder directe focus op oncologie. Op het nieuwe patiënten spreekuur gebeurt het regelmatig dat de patholoog mij moet mededelen dat er, weken na de histologische diagnose, onvoldoende materiaal beschikbaar is voor NGS. ‘Reflex testing’ is mede door de hierboven genoemde betalingsstructuur nog niet ingevoerd. Een andere uitdaging is dat niet alle preoperatieve patiënten op onze radar staan, waardoor de implementatie van een neoadjuvante pathway bemoeilijkt wordt. Om de workflow van de longkankerbehandeling te optimaliseren, heb ik het afgelopen jaar een aantal keer gesproken tijdens onderwijsmomenten van de afdeling Longziekten. Dankzij de goede band die ik met de longartsen heb opgebouwd, sta ik



Singapore

ook nog vrij regelmatig in de behandelkamer om mijn eigen patiënten te scopiëren. Naast de klinische taken geef ik geregeld onderwijs aan studenten geneeskunde en biomedische wetenschappen, co-assistenten en arts-assistenten. Daarnaast heb ik een actieve rol in de onderzoeksgroep thoracale oncologie. Momenteel analyseer ik de resultaten van de 'ADIVO Lung Study', een fase 1b/2 studie uitgevoerd in twee Singaporese kankercentra in samenwerking met het Singapore Translational Cancer Consortium (STCC). De studie onderzoekt de combinatie van Nivolumab en ADG106 (een anti-CD137 monoklonaal antilichaam) bij gemetastaseerd NSCLC met progressie na chemo-immunotherapie. Ik hoop het manuscript af te ronden voor onze terugkeer naar Nederland.

### Afscheid

Terwijl ik dit stuk schrijf, loopt onze tijd in Singapore ten einde en zijn de voorbereidingen voor de terugreis in volle gang. Ik kijk ernaar uit om begin volgend jaar te starten als longarts-oncoloog in het LUMC, een nieuwe uitdaging in een vertrouwde omgeving. We kijken als gezin terug op een geweldig avontuur en zullen veel aspecten van het leven in Singapore enorm missen. Maar het mooie van reizen is dat je ook weer waardeert wat je thuis hebt. We keren dan ook graag terug naar ons huis in Amsterdam, met alle vrienden en familie die daarbij horen.

### Jorn Nutzinger

*Mocht je informatie willen over een fellowship in NUH? Neem dan even contact met me op.*

*Ze bieden ook fellowships aan op de afdeling Longziekten.*



Aankomst van Sinterklaas in Marina Bay

# Exhaled Breath Analysis for Detecting Interstitial Lung Diseases

## Samenvatting proefschrift Iris G. van der Sar

Erasmus Universiteit Rotterdam, 23 oktober 2024

Promotor: prof. dr. Marlies S. Wijsenbeek-Lourens

Co-promotor: dr. Catharina C. Moor



De groep interstitiële longziekten (ILD) omvat >200 verschillende longaandoeningen die het long interstitium (i.e. de ruimte tussen de longblaasjes en de bloedvaten) aantasten. Patiënten presenteren zich met algemene respiratoire symptomen zoals kortademigheid bij inspanning, hoesten en vermoeidheid. De meeste ILD's zijn zeldzaam met een onduidelijke oorsprong en zijn chronisch met een progressief beloop. ILD wordt

meestal vermoed op een computer tomografie (CT) scan van de borstkas, maar de CT-scan is niet specifiek om een exacte diagnose van ILD vast te stellen. Na meerdere aanvullende onderzoeken wordt de meest waarschijnlijke ILD diagnose vastgesteld in een multidisciplinaire teambespreking met onder andere longartsen, radiologen, pathologen en reumatologen. Het bepalen van de optimale behandelstrategie (immunosuppressiva en/of fibroseremmers) hangt af van meerdere patiënt gerelateerde factoren, maar is vaak een uitdaging en de respons op behandeling is moeilijk te voorspellen.

Uitgeademde lucht bevat verschillende componenten, waaronder vluchtige organische stoffen (VOC's) die afkomstig zijn van verschillende metabolische en pathofysiologische processen in het lichaam of van (in)directe invloeden van buitenaf. Het totaal aan VOC's dat een persoon uitademt, wordt een ademprofiel genoemd en is een afspiegeling van de gezondheidsstatus van het lichaam. In de afgelopen decennia is de analyse van VOC's bestudeerd met behulp van twee technieken, gaschromatografie-massaspectrometrie (GC-MS) en elektronische neus (eNose) sensortechnologie. De laatste heeft potentieel als medische point-of-care test (i.e. sneltest) gezien de snelle, niet-invasieve, goedkope, toegankelijke aard en is daarom het hoofddoel van dit proefschrift.

Dit proefschrift bestaat uit verschillende delen, waarvan het eerste als introductie dient. Dit bevat een beschrijving van de technische details van de eNose en overzichten van beschikbaar wetenschappelijk bewijs voor eNose- en GC-MS-technologie bij verschillende longziekten met een focus op ILD.

Het tweede deel rapporteert de resultaten van meerdere cross-sectionele onderzoeken waarin de diagnostische waarde van de eNose is onderzocht in verschillende Nederlandse en

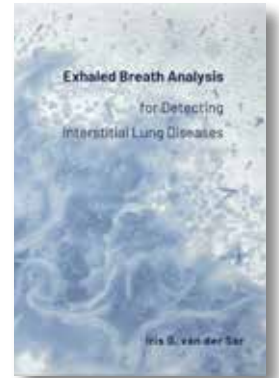
Europese ziekenhuizen. Zowel in de studie waarbij patiënten met ILD en andere longziekten (astma, chronisch obstructieve longziekte (COPD) en longkanker) zijn vergeleken, als in meerdere (internationale) studies waarbij patiënten met verschillende typen ILD inclusief sarcoidose zijn vergeleken, werden positieve resultaten gevonden. De ademprofielen van deze groepen patiënten bleken verschillend waarbij een hoge accuracy, sensitiviteit en specificiteit werd gevonden van de eNose ademtest.

Deze resultaten geven aan dat eNose in de toekomst een nauwkeurige diagnose van ILD kan faciliteren. Tevens kan het gebruik van de eNose zorgen voor het versneld doorverwijzen van patiënten met een hoge verdenking op ILD. Ten slotte, kan de eNose de diagnostische zekerheid verhogen en daarmee hopelijk de noodzaak tot invasieve diagnostische procedures verminderen. Nieuwe multicenteronderzoeken zijn nu eerst nodig om de genoemde resultaten extern te valideren en longitudinale onderzoeken om de rol van eNose bij het monitoren van ziekteactiviteit beter te begrijpen.

Naast de diagnostische toepassing van een eNose, hebben we onderzocht of deze techniek kan worden gebruikt om te screenen op systemische sclerose geassocieerde ILD en medicatie geïnduceerde ILD veroorzaakt door antineoplastische behandeling. Beide onderzoeken resulteerde in een hoge nauwkeurigheid voor het onderscheiden van eNose-ademprofielen van patiënten met ILD en zonder ILD. Dit wijst op het potentieel van eNose als screeningstest wat verder moet worden onderzocht in longitudinale studies.

Ten slotte hebben we gebruik gemaakt van GC-MS-technologie voor het analyseren van uitgeademde lucht om te onderzoeken of we patiënten met fibrose, inflammatie of een combinatie van beide kunnen onderscheiden. Patiënten werden geïncubeerd in twee ziekenhuizen, waarvan één ziekenhuis diende als trainingscohort en één als extern validatiecohort. Helaas konden de resultaten van het trainingscohort niet worden gevalideerd in het andere cohort. Dit suggereert geen rol voor GC-MS-analyse van uitgeademde lucht bij het onderscheiden van ILD fenotypen en onderstreept de noodzaak van externe validatie van resultaten in onderzoeken naar biologische markers.

*Het complete proefschrift kunt u downloaden op de NVALT-website.*



# Predicting the occurrence and outcomes of exacerbations of COPD

## Samenvatting proefschrift Kiki Waeijen-Smit

Universiteit Maastricht, 4 november 2024

Promotor: prof. dr. Frits M.E. Franssen

Co-promotoren: Dr. Sarah Houben-Wilke, Dr. Sami O. Simons



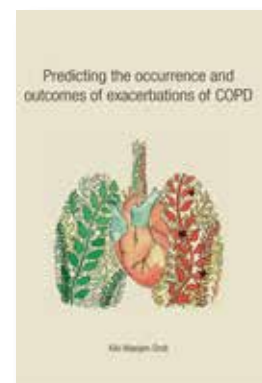
Exacerbaties van COPD (ECOPD) zijn veel voorkomende gebeurtenissen in het natuurlijke beloop van COPD en worden gekenmerkt door een plotselinge verslechtering van luchtwegklachten. Ondanks hun grote impact blijven specifieke voorspellers van het optreden en de uitkomsten van ECOPD momenteel grotendeels onbekend, dit vormt een grote uitdaging voor de

klinische management van COPD. Daarom waren de centrale doelstellingen van dit proefschrift meer inzicht te krijgen in het voorspellen van het optreden en de uitkomsten van ECOPD. Samenvattend heeft dit proefschrift aangetoond dat de ziekenhuisheropname- en sterftcijfers na ECOPD wereldwijd slecht en heterogeen zijn, en dat de impact van deze gebeurtenissen verder reikt dan de longen. Zo liet de individuele patiënten data meta-analyse uit hoofdstuk 2 zien dat het gemiddelde sterfte cijfer tijdens een ECOPD-gerelateerde ziekenhuisopname, 1-jaar na ziekenhuisopname, en het ECOPD-gerelateerde ziekenhuisheropname cijfer 1-jaar na ontslag uit het ziekenhuis respectievelijk 6,2%, 12.2% en 38.2% waren, met aanzienlijke verschillen tussen de 47 geïncludeerde studies en 30 verschillende landen. Routinematig beschikbare voorspellers van sterfte en ziekenhuisheropname, waaronder een voorgeschiedenis van eerdere ECOPD-gerelateerde ziekenhuisopnames en markers van de ernst van de ziekte zoals de behoefte aan (niet-)invasieve mechanische beademing en opname op een intensive care afdeling, werden geïdentificeerd. De studie uit hoofdstuk 3, waarbij 82,964 patiënten met COPD uit het Deense nationale patiënten register werden geïncludeerd, toonde vervolgens aan dat meer dan de helft van de ziekenhuisopnames volgend op een allereerste ECOPD-gerelateerde ziekenhuisopname veroorzaakt werden door niet-respiratoire oorzaken, zowel op de korte (30 dagen) als op de lange termijn (vijf jaar). Opnames voor cardiovasculaire aandoeningen kwamen het vaakst voor en werden voornamelijk veroorzaakt door myocardiale ischemie, pulmonale hartaandoeningen en aandoeningen van de pulmonale circulatie, myocarditis, cardiomyopathie en hartritmestoornissen. Andere frequente niet-respiratoire opnames waren gerelateerd aan kanker en spijsverterings-, hormonale-, voedings- en stofwisselingsstoornissen. Deze studies benadrukken de

noodzaak tot het versterken en verbeteren van de huidige ECOPD preventiestrategieën, evenals het belang van een verhoogde waakzaamheid voor niet-respiratoire uitkomsten na ECOPD.

Dit proefschrift toonde tevens aan dat het voorspellen en beïnvloeden van het optreden van ECOPD uitdagend blijft. Hoofdstuk 4 toonde aan dat het voorspellen van het optreden van ECOPD niet enkel kan worden bepaald op basis van ECOPD geschiedenis, en dat andere determinanten van ECOPD moeten worden onderzocht en geïntegreerd in ECOPD risico voorspellingsmodellen om zo de voorspellende prestaties van dergelijke modellen te verbeteren. Zo liet deze studie zien dat de huidige afkapwaarden van exacerbatiegeschiedenis zoals vermeld in GOLD een onvoldoende voorspellend vermogen hebben voor het voorspellen van het optreden van zowel matige als ernstige ECOPD. Eén eerdere matige ECOPD in plaats van  $\geq 2$  matige ECOPD bleek de meest optimale afkapwaarde te zijn, terwijl één eerdere ernstige ECOPD werd gevalideerd als de meest optimale afkapwaarde om het risico op matige en ernstige ECOPD te voorspellen.

In hoofdstuk 5 werden de waardes van plasma hyaluronzuur (HA) en expressieniveaus van het HA synthetiserende enzym HA synthase-3 (HAS-3) en het HA afbrekende enzym hyaluronidase-2 (HYAL-2) bestudeerd bij 192 patiënten met klinisch stabiele COPD en 191 (niet)rokende controles uit de Nederlandse single-center, longitudinale, observationele ICE-Age studie. Deze studie toonde aan dat hoewel plasma HA en expressieniveaus van HAS-3 niet significant verschilden tussen patiënten met klinisch stabiele COPD en (niet)rokende controles, de expressie van HYAL-2 significant hoger was bij patiënten met COPD. Er werden geen significante associaties met ECOPD en ziekenhuisopnamegeschiedenis gevonden, noch met markers van systemische inflammatie. Deze resultaten trekken de bruikbaarheid van HA als biomarker voor de ernst van COPD en/of ziekteprogressie, zoals eerder gesuggereerd, in twijfel. Tot slot werd in hoofdstuk 6 aangetoond dat de impact van de COVID-19 gerelateerde infectiepreventie- en controlemaatregelen voor de preventie van ECOPD mogelijk niet bij elke patiënt of voor elke ECOPD evident is aangezien er geen significante afname werd geobserveerd in het aantal ECOPD bij patiënten met COPD opgenomen voor een klinisch revalidatie programma in Ciro tijdens de COVID-19 periode ten opzichte van eerdere jaren.



*Het complete proefschrift kunt u downloaden op de NVALT-website.*

## Longgeneeskunde buiten het ziekenhuis

### ‘Tweedelijnszorg in anderhalvelijnssetting’

Dunja Schmidt (56) studeerde geneeskunde aan de universiteiten van Berlijn en Hamburg. Haar opleiding tot longarts begon ze in Duitsland en zette ze voort in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Ze promoveerde in Duitsland en Nederland op het onderwerp van bronchiale hyperreactiviteit. In 2019 behaalde ze het Europese Somnologen examen. Vanaf 2008 tot 2019 werkte ze in het Bronovo Ziekenhuis (nu Haaglanden Medisch Centrum) in Den Haag voordat ze bij Carnegie Clinics begon. Tevens werkt ze sinds 2019 twee dagen per week bij het tertiaire Slaap-Waakcentrum SEIN.

Carnegie Clinics in Den Haag is een kleinschalig, zelfstandig behandelcentrum opgericht door twee KNO artsen. Naast de twee KNO artsen en Dunja bestaat het team uit een longfunctieanaliste, een audiometrist en praktijkondersteuners. Aanvullende longonderzoeken omvatten spirometrie, bodyplethysmografie, diffusie en FeNO meting, slaapscreening, echo thorax en allergie testen.

#### Waarom heb je gekozen voor het vak buiten het ziekenhuis?

Na mijn opleiding in het LUMC en vele jaren van wetenschappelijk onderzoek had ik bewust gekozen voor een kleiner ziekenhuis met korte lijnen en een laagdrempelig overleg tussen verschillende specialismen. Na de fusie van het Bronovo Ziekenhuis met het Westeinde ziekenhuis en



Antoniushove, nu Haaglanden Medisch Centrum (HMC), zag ik mij opeens in een hele andere setting; namelijk een groot perifere ziekenhuis. Ik heb 3 jaar in het gefuseerde HMC gewerkt maar voelde steeds meer dat dit niet de omgeving was waarin ik me thuis voelde. De gedachte zeker nog 15 jaar zo te moeten blijven werken benauwde me. De niet flexibele opzet van de poliklinische patiëntenzorg botste met mijn visie. Poliklinische zorg voor nieuwe - en controle patiënten moest passen in 15 minuten, ongeacht de complexiteit van de vraagstelling of hoeveelheid van uitslagen. Dit is uiteraard heel overzichtelijk te roosteren en te organiseren. Het wrikte echter met mijn manier van zorg verlenen. Ik realiseerde me dat als ik voor de eerste contacten met een patiënt iets meer tijd ter beschikking zou hebben dat ik uiteindelijk meer voor de patiënt kon betekenen en effectiever zou kunnen werken. Meer tijd om te luisteren en later ook om meer uitleg te kunnen geven over het ziektebeeld en de behandeling, hetgeen voor mij in meer werkplezier zou kunnen resulteren. Na drie jaar in het HMC nam ik het besluit ontslag te nemen. Toen nog zonder concrete plannen voor een nieuwe baan. Enkele maanden later had ik ‘opeens’ de mogelijkheid in de combinatie van een tertiaire setting bij SEIN en een kleinschalige, poliklinische zorg in Carnegie Clinics te mogen werken. Een droomcombinatie voor mij, waarvan ik niet had durven dromen. Een eigen praktijk op te bouwen vanaf nul was een groot avontuur en uitdaging, niet wetende of het überhaupt zou gaan lukken.

#### Wat is het grootste verschil tussen een zelfstandige kliniek en een ziekenhuis?

Het grootste verschil tussen een groot perifere ziekenhuis en een kleinschalige, zelfstandige kliniek is de mogelijkheid om direct invloed te hebben op de organisatie en invulling te geven aan het werk. De hoeveelheid aan managementlagen maakte het inbrengen van eigen ideeën in het ziekenhuis heel stroef. Er is daardoor minder ruimte voor individualiteit en er zijn weinig mogelijkheden tot inspraak op de gang van zaken op de polikliniek, hetgeen de focus op productie nog verder benadrukt.

In mijn praktijk heb ik geen longverpleegkundige die inhalatietechniek uitlegt of een OSAS consultant. De analyse van slaaponderzoeken doe ik zelf. Hierdoor krijg ik meer inzicht in de meting, kan ik de ruwe data samen met de patiënt bekijken en zo ook beter uitleggen wat de resultaten zijn. Dit kost weliswaar extra tijd, maar geeft de patiënt meer inzicht in zijn/haar ziektebeeld waardoor een behandeling met bijvoorbeeld PAP therapie beter geaccepteerd kan worden. Door ook de verdere begeleiding zelf te doen, zoals een drukaanpassing van CPAP, bespaar ik tijd. In plaats van 15 minuten voor een consult gun ik mij 30 minuten m.n. voor uitslag gesprekken. Ik creëer meer rust om te luisteren. Een patiënt merkte laatst op: "U bent de eerste in twintig jaar die het hele verhaal wilde horen." Hierdoor krijg ik de



mogelijkheid om niet alleen naar de longen te luisteren maar voor een meer holistische benadering van de patiënt. Een ander groot verschil is dat ik in onze kliniek verantwoordelijk en nauw betrokken ben en moet zijn bij alle processen die niet direct te maken hebben met patiëntenzorg. Je kunt hierbij denken aan het inrichten van het elektronisch patiëntendossier, de financiële bedrijfsvoering als ook veel organisatorisch werk. Hierdoor houd ik grip op de organisatie en het inrichten van zorg en heb ik de mogelijkheid maximaal flexibel te zijn en snel te kunnen schakelen. Geoptimaliseerde zorg uit zich - mijn inziens - mede in korte toegangstijden. Door mijn spreekuren bij behoefte zonder uitgebreid overleg aan te kunnen passen, kunnen nieuwe patiënten meestal binnen twee weken terecht. Van veel patiënten hoor ik dat ze meer dan 120 dagen op een afspraak in een ziekenhuis hadden moeten wachten. Zorg op maat in plaats van 'one size fits all'.

#### **Is er ook verschil in patiënten en casuïstiek?**

De meeste patiënten worden door huisartsen verwezen vooral op het gebied van obstructieve longziekten en slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen, evenals bij klachten van langdurig hoesten of dyspneu. Dit waren ook in het ziekenhuis mijn aandachtsgebieden. Huisartsen verwijzen regelmatig met de vraag of ik 'even mee wil denken/kijken'. Doordat in onze kliniek meer een 'huiskamersfeer' hangt, kunnen zorgmijdende patiënten die opzien tegen de gang naar een groot en druk ziekenhuis, laagdrempelig toegang krijgen tot meer specialistische zorg. Zo ontdek ik soms onverwachte problemen op niet pulmonaal gebied. Dit betreft o.a. internistische, cardiologische, neurologische maar ook urologische problemen. Voor deze patiënten neem ik dan na overleg met de huisarts persoonlijk contact op met een specialist in het ziekenhuis, waardoor een patiënt – indien noodzakelijk – snel door de best passende specialist gezien kan worden. In principe zie ik geen patiënten met vooraf verdenking op maligniteit of interstitiële longziekte. Al met

al zie ik een meer diverse patiëntenpopulatie met een groter spectrum aan klachten en ook diagnoses dan op de polikliniek in het ziekenhuis.

Binnen de organisatie van Carnegie Clinics werk ik samen met twee KNO-artsen. Deze samenwerking is laagdrempelig en effectief. Vooral binnen het kader van de 'united airway'-benadering. Hierdoor kunnen we bijvoorbeeld direct samen patiënten beoordelen bij klachten als langdurig hoesten en problemen bij behandeling van slaapapneu. Door bij elkaar mee te kijken leren wij veel van elkaar. Ondertussen begrijp ik meer van de bovenste luchtweg en de KNO-collega's meer van de longen en slaap.

#### **Hoe verloopt de samenwerking met de reguliere ziekenhuizen en verwijs je vaak door naar reguliere ziekenhuizen? Of verwijzen ze ook naar jullie?**

De samenwerking met omliggende ziekenhuizen verloopt goed en is laagdrempelig. Niet alleen met collega's van longziekten, maar ook met radiologen en cardiologen. Dit zorgt ervoor dat ik – op indicatie - mijn patiënten zonder problemen snel kan doorverwijzen naar een regulier ziekenhuis. Door de specifieke populatie die ik behandel, is een doorverwijzing naar reguliere ziekenhuizen echter niet vaak nodig. Tevens maakt mijn werk bij SEIN overleg en/of doorverwijzing bij complexe slaapstoornissen gemakkelijk. Directe verwijzingen vanuit de reguliere ziekenhuizen naar mijn praktijk komen niet vaak voor. Er zijn wel steeds meer indirecte verwijzingen, waarbij een o.a. een internist, cardioloog of KNO- arts de huisarts verzoekt een patiënt naar de longarts door te verwijzen. Door de relatief lange wachttijden voor de longarts in de omliggende ziekenhuizen komen deze patiënten steeds vaker bij mij terecht. De beschreven verschillen tussen een grote en een kleine organisatie, de manier van contact met patiënten en de indeling van spreekuren hebben mijn werkplezier aanzienlijk verhoogd. De vrijheid om zelf mijn werkindeling te kunnen bepalen (twee dagen met spreekuren en één dag voor niet direct patiëntgebonden zaken zoals administratie en organisatie) leveren mij meer werkplezier op dan het energie kost.

In de afgelopen 5 jaar heb ik mijn eigen praktijk in samenwerking met de KNO-artsen bij Carnegie Clinics op mogen bouwen. De constante toename van verwijzingen vraagt nu eigenlijk al om uitbreiding met een extra collega longarts en laat zien dat er een plek is voor kleinschalige praktijken waarin KNO- en longartsen samenwerken. Door op deze manier tweedelijnszorg tussen de huisartsen en ziekenhuizen in te positioneren ('anderhalvelijnszorg'), is de mogelijkheid ontstaan laagdrempelig 'de juiste zorg op de juiste plek' met korte toegangstijden te bieden.

Meer weten? neem gerust contact op.

*Dunja Schmidt*

## De tuberculosebestrijding, een bijzonder vakgebied!

Het behandelen van een patiënt die net in Nederland is en op de screenings foto een caverte heeft, een groot contactonderzoek op een school, overleggen met de gezondheidsdienst van een asielzoekerscentrum hoe iemand te isoleren, zomaar wat momenten die een arts in de tuberculosebestrijding kan meemaken.

De Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding (VvAWT) is onderdeel van de NVALT. Sommigen onder jullie hebben weleens een melding gedaan bij de GGD, anderen behandelen met enige regelmaat een patiënt met tuberculose. Maar wat gebeurt er nu precies bij de GGD? En specifiek, wat doet een arts in de tb bestrijding? In dit stukje willen we jullie daar wat meer over vertellen.

### De GGD

De GGD is volgens de Wet Publieke Gezondheid (WPG) verantwoordelijk voor de bestrijding van tuberculose. De 25 GGD'en in Nederland werken voor de tuberculosebestrijding samen in vier regionale expertisecentra (REC's). GGD GHOR Nederland (de koepelorganisatie van de GGD'en) werkt samen met het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA) voor de screening van asielzoekers en met de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) voor de screening van mensen in gevangenissen.

Tuberculose is een meldingsplichtige ziekte uit de categorie B1. Elke positieve test (auramine, pcr dan wel kweek) moet binnen 24 uur op werkdagen worden gemeld bij de afdeling tuberculosebestrijding van de GGD, door zowel de behandelend specialist als het laboratorium, zodat een bron- en contactonderzoek ingezet kan worden. De GGD

registreert alle tuberculosepatiënten in het Nederlandse Tuberculose Register. Het RIVM coördineert de Nederlandse tuberculosebestrijding en voert landelijke surveillance uit op basis van de registraties in het Nederlandse Tuberculose Register.

Binnen de GGD 'en werkt een team van artsen, sociaal verpleegkundigen en medisch-technisch medewerkers (doktersassistenten) in de tuberculosebestrijding. Hun taken zijn:

- diagnostiek
- behandeling en begeleiding van tuberculosepatiënten en mensen met een tuberculose infectie
- geven van BCG vaccinaties
- bron- en contactopsporing
- screening van risicogroepen (immigranten of asielzoekers uit hoog endemische landen, gedetineerden en dak- en thuislozen, reizigers, mensen die gaan starten met biologicals)
- reizigersadvisering
- outbreak management
- preventie

### De diagnose en behandeling

Het screenen op tuberculose gebeurt door middel van röntgenfoto's en huidtesten (THT) of bloedtesten (Quantiferon-IGRA). Wanneer mensen besmet blijken, wordt actieve tuberculose aangetoond dan wel uitgesloten met behulp van onderzoek op sputum of ander lichaamsmateriaal (pcr en kweken). Ongeveer 25% van de patiënten met actieve tuberculose wordt op deze manier gevonden. De meesten worden op de GGD zelf behandeld. De overige 75% komt via





het reguliere zorgcircuit van huisarts en specialist aan het licht vanwege klachten. Een deel van hen wordt ook door ons behandeld. Bijvoorbeeld vanwege het feit dat we meer tijd hebben voor patiënten, gemakkelijker een tolk kunnen inschakelen, of vanwege een gecombineerde begeleiding met de verpleegkundige. Alle mensen met een tuberculose-infectie krijgen een preventieve behandeling aangeboden. En ook die behandelen we op de GGD.

### Longartsen en artsen maatschappij + gezondheid

Bij de grotere GGD'en werken longartsen en artsen maatschappij + gezondheid met profiel tuberculosebestrijding. Dit geeft gezamenlijk een mooie blik op zowel de curatieve als preventieve aspecten van ons werk. Doordat tuberculose steeds minder voorkomt in Nederland, hebben we ook een adviserende rol richting specialisten en huisartsen over wat te doen bij specifieke casuïstiek. En zelf overleggen we met regelmaat met de specialisten van de tuberculosecentra Beatrixoord en Radboud.

We superviseren onze verpleegkundigen bij het uitvoeren van bron-en contactonderzoek. Soms kan dat heel ingewikkeld zijn met veel onrust en angst bij de betrokken familieleden, collega's of overige contacten.

### Beleid

Ook op beleidsmatig vlak zijn we actief. Binnen de Commissie Praktische Tuberculosebestrijding (CPT), het orgaan voor landelijk beleid en kwaliteitsbewaking, in samenwerking met vertegenwoordigers van alle spelers in het tb veld (zoals longartsen, microbiologen, RIVM, KNCV, kinderartsen, DJI etc.). We werken in de CPT samen aan het maken en updaten van richtlijnen. Maar ook binnen verschillende werkgroepen

die landelijk of regionaal beleid maken, zoals samen met VWS en COA. Momenteel zijn we bijvoorbeeld betrokken bij het implementeren van de richtlijn om kinderen van asielzoekers te screenen met een TBI test in plaats van een foto.

### Onderwijs en onderzoek

We zijn betrokken bij onderwijs aan AIOS en coassistenten. Zowel van de longgeneeskunde, microbiologie, als publieke gezondheid. Op onze afdeling worden AIOS maatschappij en gezondheid opgeleid. We organiseren nascholingen voor huisartsen, artsen bij defensie en reizigersadviseurs en zijn mede organisator van de opleiding tot TB coördinator. Het blijft immers belangrijk om ondanks afnemende aantallen tuberculosepatiënten, de diagnose nog steeds te overwegen bij bepaalde klachten. Daarnaast doen we wetenschappelijk onderzoek.

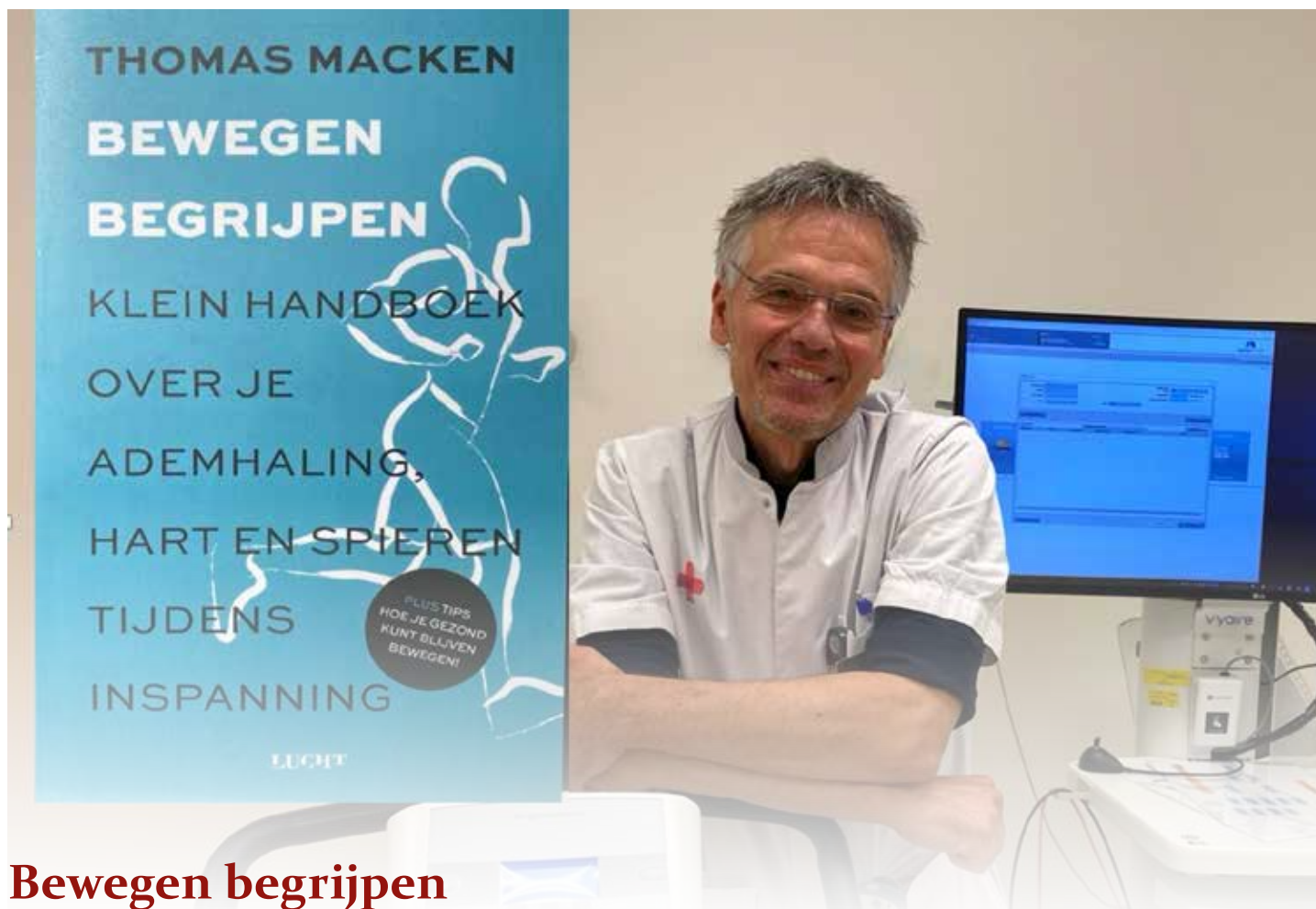
Vaak horen we: "Tuberculose, bestaat dat dan nog in Nederland?" Vooralsnog hebben we genoeg te doen. Geen dag is hetzelfde, onze populatie is kleurrijk, en de combinatie van preventie en curatie is bijzonder. Mocht je geïnteresseerd zijn in een dagje met ons meelopen bij GGD Amsterdam, dan kan dat natuurlijk altijd!

*Frouke Procee, arts tuberculosebestrijding*  
*Wieneke Meijer, stafarts tuberculosebestrijding*  
*Nelleke Koedoot, longarts tuberculosebestrijding*

*Contact: [fprocee@ggd.amsterdam.nl](mailto:fprocee@ggd.amsterdam.nl)*

*Foto's: KNCV Tuberculosefonds met toestemming van betrokkenen*





## Bewegen begrijpen

Bewegen, Thomas Macken is hier eigenlijk altijd mee bezig. Als longarts in het Jeroen Bosch ziekenhuis weet hij zijn patiënten te stimuleren om actief te worden en in zijn vrije tijd beweegt hij zelf graag. Hij krijgt ook vaak vragen; Word je gezond van al dat bewegen? Wat is conditie opbouw? Hoe kun je gezond starten met een actiever leven? Al die vragen heeft hij nu uitgewerkt in een boek. In dit boek lees je alles over een goede conditie, gezond bewegen en beter sporten. Plus heldere uitleg over je ademhaling, spieren en hart tijdens inspanning. Het is een aantrekkelijke gids voor iedereen die het eigen lichaam tijdens inspanning wil begrijpen en gezond wil leven. Een boek dus voor leken, maar als één van onze leden een boek schrijft is dit zeker reden om in gesprek te gaan en hem het hemd van het sportieve lijf te vragen.

### Wat bracht je ertoe om dit boek te schrijven?

We hebben allemaal wel dromen. Soms komen ze uit, vaak ook niet. Het hoeft ook niet altijd, een leven met alle mensen rondom je heen, plus werken, is al best vol. Een boek schrijven was voor mij een sluimerend verlangen. Zonder tijdsdruk, zonder verplichting. Even onderdompelen in een heel andere wereld. Een uitgever spreekt bijvoorbeeld af in een boekenwinkel, de natuurlijke habitat zoals voor ons een ziekenhuis dat is. Het onderwerp lag mij voor de hand: van ons boeiende vak is inspanningsfysiologie wel het meest natuurkundig, het meest in relatie tot ziekte en gezondheid, het meest nabij in ieders leven. En goed uit te leggen, ook aan leken.

### Welke doelgroep had je in gedachten?

Kort gezegd: mijn zwager. Sportieve man, altijd op de fiets. Maar niet opgeleid in de biologie. En dan zijn er vragen over conditie, maximale hartslag, en hoe je je longen kan trainen. En met mijn zwager alle sportieve vrienden, familie, en al schrijvend nog verder mogelijk lezerspubliek: iedereen die bewust beweegt.

### Hoe heb je het proces om dit boek te schrijven en uit te geven ervaren?

Alleen maar plezier, werkelijk waar. Het is natuurlijk veel laagdrempeliger dan een wetenschappelijk artikel. Alles moet wel juist zijn, maar de basiskennis hebben we allemaal al in ons. Woorden vloeien bijna vanzelf van het toetsenbord op het scherm.

### Is dit boek ook voor AIOS van belang?

We geven wekelijks les in inspanningsfysiologie aan onze AIOS, samen met de sportarts. Dat is van een hoger niveau dan "Bewegen Begrijpen". Het boek is bedoeld voor leken, dus de hele Krebs cyclus of de subtiliteiten van de zuurstofpulscurve ga je er niet in vinden. Evenmin alle pathologie: het gaat over gezonde beweging en inspanning. De AIOS Longfunctiestage kan zich dus beter wenden tot Wasserman of andere goede tekstboeken. Voor wie begint met het specialisme, of als sporter wil weten hoe het lichaam functioneert, kan met het boek wel een goede basis leggen.

# Vapen Stoppen?

## De Tijd Om In Actie Te Komen Is Nu!

De vape-epidemie onder jongeren is een uiterst zorgwekkend fenomeen! Oorspronkelijk gepromoot als een alternatief voor roken, wordt de vape tegenwoordig door veel jongeren gezien als een onschuldige gadget. Echter, zoals u bekend is, is de realiteit heel anders. Vapen vormt een ernstige bedreiging voor de gezondheid, met risico's die vaak pas op langere termijn zichtbaar worden. Maar ook de directe impact op de longen, het hart en het brein van jongeren is groot. Een aanzienlijk deel van de jongeren die vaperen, stapt uiteindelijk over op klassieke sigaretten. Deze trend wordt versterkt door de normalisering van roken op tv (Netflix, HBO), sociale media en in het straatbeeld. Genoeg reden om in actie te komen!

Het is essentieel dat wij als zorgprofessionals onze stem laten horen. Als artsen hebben we de unieke positie om het gesprek aan te gaan met zowel patiënten als beleidsmakers en zo een bijdrage te leveren aan de strijd tegen de vape-epidemie. Het is van groot belang dat we blijven pleiten voor strengere regulering van de verkoop en marketing van vapes, met name om de jeugd beter te beschermen. De huidige wetgeving biedt onvoldoende bescherming en de handhaving laat te wensen over.

Een belangrijke stap naar een rookvrije generatie is het verankeren van strengere regels in de wet, zoals voorgesteld in het wetsvoorstel Nicotinee. Hierover is op 12 december gesproken in de Tweede Kamer. Als artsen kunnen we het maatschappelijk draagvlak voor deze wet versterken door ons actief uit te spreken. Alleen voorlichting en vriendelijke adviezen voor een gezonde leefstijl zijn niet genoeg: de kracht van de lobby en de aantrekkingskracht van vapes zijn te groot.

Daarom nodigen wij je graag uit voor het Vapen #jouwkeuze Symposium 'De Kracht van de Witte Jas', waar we samen met experts uit verschillende vakgebieden de nieuwste inzichten delen over de risico's van vaperen en de gezamenlijke aanpak van dit probleem. Dit symposium biedt niet alleen de kans om je kennis te verdiepen, maar ook om praktische handvatten te krijgen voor het ondernemen van actie als arts. Wat kun jij doen om maatschappelijke impact te maken? Hoe kun jij je stem laten horen? Welke stappen kunnen we als zorgprofessionals zetten om deze schadelijke trend te keren? Kom naar het symposium op 20 januari 2025 16:00-22:00 in het AFAS theater in Leusden en ontdek 'De Kracht van de Witte Jas'. Samen kunnen we het verschil maken!

*Frank Borm*



## ERS 2024, Wenen

Het ERS congres 2024 trok dit jaar bijna 20.000 deelnemers, zowel ter plaatse als online, wat het weer een levendig en dynamisch evenement maakte. Te midden van de prachtige stad Wenen konden deelnemers zich verdiepen in alle aspecten van de longziekten. Het programma omvatte goede sessies over COPD en Astma via zeldzameILD's tot aan longkanker en moleculaire en genetische pathways.

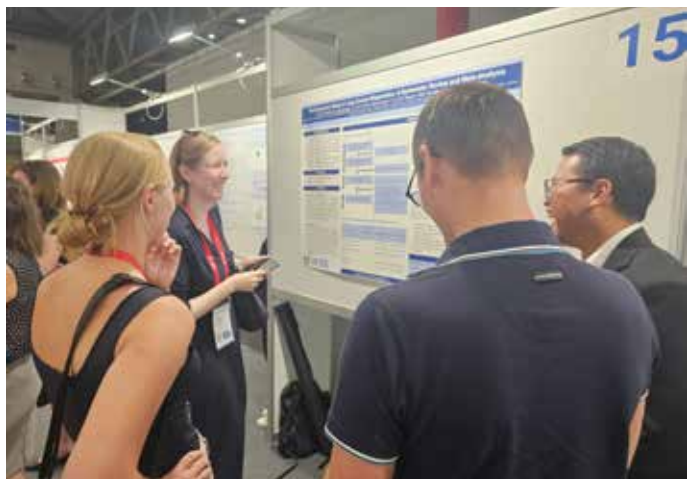
Voor Nederland was de ERS dit jaar bijzonder succesvol. Naast diverse uitstekende presentaties op verschillende terreinen, vielen Nederlanders op door het winnen van meerdere prestigieuze prijzen. Een greep uit de onderscheidingen: Pieter Hiemstra won de ERS Educational Award, Marlies Wijsenbeek de ERS Teaching Award, Emiel Wouters won de ERS lifetime achievement award voor clinical care en fysiologie, Leo Hunks won de ERS lifetime achievement award voor Intensive care,

Frances de Man won de ERS Cournand Award en Gerard Koppelman en Dirk-Jan Slebos werden tot Fellow van de ERS benoemd. We feliciteren allen met deze uitzonderlijke prestaties.

Ook voor sociale interactie was weer alle ruimte, waarbij op de maandagavond weer de goed bezochte combinatie van een inhoudelijk programma met de ERS in Oranje onder het voorzitterschap van Frits Franssen en daar aansluitend de NVALT borrel plaatsvond.

Volgend jaar zal het ERS-congres plaatsvinden in Amsterdam, van 27 september tot en met 1 oktober.

*Wouter van Geffen*



*Anneloes Noordhof*



*Anneke ten Brinke*



*Hollandse borrel*

# Wij wensen u prettige kerstdagen en een voorspoedig 2025

## Vakantiesluiting secretariaat

Het secretariaat van de NVALT is gesloten van  
maandag 23 december t/m woensdag 1 januari.

## Controle persoonlijke gegevens en wijziging of beëindiging lidmaatschap

*Om onze ledenadministratie actueel te houden, verzoeken wij u om uw persoonlijke gegevens te controleren en zo nodig aan te vullen in het ledenportaal ([nvalt.demedischspecialist.nl](http://nvalt.demedischspecialist.nl)).*

*Overige wijzigingen, zoals een nieuw werkmailadres of het einde van uw vooropleiding/longopleiding, kunt u mailen naar [secretariaat@nvalt.nl](mailto:secretariaat@nvalt.nl).*

*Wilt u uw abonnement wijzigen of het lidmaatschap van de NVALT opzeggen, dan dient dat voor 31 december van het lopende jaar doorgegeven te worden aan [secretariaat@nvalt.nl](mailto:secretariaat@nvalt.nl) in verband met de afdracht van de contributie aan de FMS en de ERS (waarvoor de peildatum geldt van 1 januari). Als uw wijziging of opzegging niet tijdig heeft plaatsgevonden, dan loopt het lidmaatschap door tot het einde van het eerstvolgende boekjaar. Dit houdt in dat de volledige contributie over dat jaar betaald dient te worden.*

*Bent u longarts en verhuist u naar het buitenland? Dan kan de adreswijziging via het ledenportaal worden doorgegeven, maar ontvangen wij deze melding ook graag per mail aan [secretariaat@nvalt.nl](mailto:secretariaat@nvalt.nl). Uw abonnement kan dan voor het volgende kalenderjaar worden omgezet.*

## Kandidaat-leden

**Annet van Asperen**  
Verpleegkundig Specialist  
UMC Groningen



**Maureen Berenst-Gunnink**  
Verpleegkundig Specialist  
Saxenburgh Medisch Centrum



**Jeannine Curfs**  
Verpleegkundig Specialist  
Catharina Ziekenhuis



**Mathijs van Gemert**  
AIOS Longziekten  
Amphia Ziekenhuis



**Sara Gosker**  
AIOS Longziekten  
Amphia Ziekenhuis



**Hajnalka Hornyák-Balogh**  
AIOS Longziekten  
UMC Groningen



**Inge van Jaarsveld**  
AIOS Tuberculosebestrijding  
GGD Amsterdam/NSPOH



**Esther Klein Zeggelink-Grijsen**  
Verpleegkundig Specialist  
Streekziekenhuis Koningin Beatrix



**Alain Knopperts**  
AIOS Longziekten  
HagaZiekenhuis



**Dieuwke Luijten**  
AIOS Longziekten  
LUMC



**Maud Rijnders**  
AIOS Interne vooropleiding  
Franciscus Gasthuis & Vlietland



**Eveline van de Stadt**  
AIOS Longziekten  
OLVG



**Emiel T'Jonck**  
AIOS Longziekten  
Jeroen Bosch Ziekenhuis



**Tijmen van der Wel**  
AIOS Longziekten  
LUMC



**Cathelijne van Zelst-Renkema**  
AIOS Longziekten  
Franciscus Gasthuis & Vlietland



## Nieuw benoemde longartsen

**Anton Boersma, opgeleid in**  
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis



**Duco Deenstra, opgeleid in**  
Catharina Ziekenhuis



**Uraujh Yousaf Khan, opgeleid in**  
Amphia Ziekenhuis



**Alexandra de Rotte, opgeleid in**  
Sint Antonius Ziekenhuis



**Jermo van Toor, opgeleid in**  
Erasmus MC



### Rectificatie

In de septembereditie van PulmoScript staat de opleidingsplaats van Eline Atsma verkeerd aangegeven. Zij is opgeleid in het Spaarne Gasthuis.

## Enkele belangrijke data

### 2025

 9 januari	Prof. dr. Jules van den Bosch Symposium XIII
 14 - 15 januari	Masterclass Vasculaire ziekten, Amsterdam
 16 - 17 januari	Studiedagen VvAwT Hotel Amersfoort
 20 januari	Vapen # jouwkeuze 'De Kracht van de Witte Jas', Leusden
 27 - 30 januari	Winter ILD school, Davos
 30-31 jan + 1 febr	Slaapcursus der Lage Landen deel 2 voor Artsen, Antwerpen
 30 - 31 januari	Scholing TB coördinatoren 2025
 6 - 8 februari	Bronkhorst, Brugge
 10 - 12 maart	Multidisciplinaire Masterclass Longkanker, Dalfsen
 12 - 15 maart	Op de Hoogte van Astma, Davos
 17 - 18 maart	Masterclass ILD, Utrecht
• 21 maart	2e Nederlandse Long COVID dag, Amersfoort
• 27 maart	Symposium Regievoering bij Multimorbiditeit, Utrecht
• 10 - 12 april	Sleep and breathing, Antwerpen
 14 - 17 april	Longartsenweek, Arnhem
• 8 - 10 mei	ECBIP Lissabon
 15 - 16 mei	Liverpool, palliatieve zorg door de ogen van de longarts, Apeldoorn
• 16 - 21 mei	ATS, San Francisco
• 30 mei - 3 juni	ASCO, Chicago
• 2 - 3 juni	Andreas Cursus HRCT, Amsterdam
 5 - 6 juni	Masterclass Longinfectieziekten, Barcelona
• 13 - 16 juni	EAACI, Glasgow
• 24 - 27 augustus	WASOG, Ottawa
• 27 sept. - 1 okt.	ERS, Amsterdam
• 19 - 22 oktober	Chest, Chicago
• 18 - 21 oktober	ACCP, Minneapolis

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

<https://www.pe-online.org/public/index.aspx?pid=73>