

PULMO

Script

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT
JAARGANG 29 NR. 2 JUNI 2018



Impressie
Week van de Longen 2018

ILD Master Class:
'Adembenemende geneesmiddelen'

Een heugelijke dag in het
VU medisch centrum

Colofon

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

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

Redactieraad:
Lisette Kunz
Berber Piet
Franz Schramel
Wilma Vlug

Uiterste datum voor insturen kopij
nr. 2: 15 augustus 2018

PulmoScript verschijnt eenmaal
per kwartaal in een oplage
van 1300 exemplaren.

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

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

Van Engelen - tekst, vormgeving en
drukwerkadviezen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



04 VOORWOORD

Bestuur

- 05 Van de voorzitters
- 08 Beknopte notulen ledenvergadering 10 april 2018
- 09 Infografic NVALT
- 10 Najaarscongres

Commissies, secties en werkgroepen

- 12 Vanuit de Commissie Accreditatie
- 14 Vanuit de Sectie Assistenten
- 16 Vanuit de Commissie Bronkhorst:
Conceptprogramma Bronkhorst 2018
- 17 Vanuit de Sectie Oncologie
Stand van de wetenschap

Week van de Longen

- 19 Impressie Week van de Longen 2018
- 22 AIOS Symposium

Rubrieken

- 23 Opleiding in de kijker: Medisch Centrum Leeuwarden
- 25 Pulmonaal Portret: Sjaak Burgers

Nascholing

- 27 Samenvatting proefschrift Regina Hofland
Clinical Aspects of Immune Responses in Tuberculosis

En ook.....

- 28 Medisch leiderschap
- 29 Prof. Dr. Jules van den Bosch Symposium VI
- 31 MasterclassILD
- 33 PH symposium VUmc

Personalia

- 36 Kandidaat-leden
- 37 Nieuw benoemde longartsen
- 37 Senior leden

38 Congresagenda



Cover: Eric van Haaren wordt als voorzitter
opgevolgd door Leon van den Toorn.
Zoek de verschillen? Zie pagina's 5 en 6!

Stap de wondere wereld van het ziekenhuis in. Dat is het dagelijkse motto wanneer we door de deur het ziekenhuis in lopen en ons dagelijks werk weer oppakken. Veelal weten we wat er op het programma staat, maar werken met patiënten en moderne technologieën maakt dat elke dag toch weer anders is. Maar hoe zal het ziekenhuis er in 2050 uitzien? Ik denk dat we ons eigenlijk hier geen goede voorstelling van kunnen maken, aangezien door innovaties de wereld in de gezondheidszorg snel verandert. Wie had er in 1980 kunnen bedenken, dat we gezondheidsapps op onze telefoon hebben, die ons coachen naar een gezonder leven?

Zijn er in 2050 nog wachtlijsten? Ik verwacht het niet. Neem de wachtlijsten voor transplantaties. Die zullen er waarschijnlijk niet meer zijn aangezien we dan het gewenste orgaan in het laboratorium kunnen kweken. Nu al is het gelukt om een werkende blaas op die manier te maken. Wetenschappers nemen enkele cellen van de patiënt en maken er een functionerend orgaan van: de organen worden laag voor laag 'geprint'. De 3D printer zal ons helpen om defecten in ons lijf te herstellen, zoals bv de neo-trachea.

Analyse van het menselijk genoom is op dit moment al mogelijk maar kent zijn prijs. In 2050 zal het waarschijnlijk betaalbaar zijn, waarbij het mogelijk is om op basis van genetische afwijkingen toekomstige ziektes te voorspellen. Hierdoor zijn preventieve maatregelen mogelijk die de ziekte voorkomen of in ieder geval uitstellen.

Trouwens, wie gaat er dan nog naar het ziekenhuis? Apps en kleine handzame apparaatjes stellen ons in staat om deels zelf een diagnose thuis te stellen. We nemen wat bloed af en laten een apparaatje thuis het bloed analyseren. De resultaten worden naar de huisarts of specialist gestuurd die zijn conclusies kan trekken en direct online een receptje of advies klaar kan zetten.

De nanotechnologie zal verder ontwikkeld zijn, waarbij kleine nanorobotjes heel selectief tumor cellen kunnen opsporen en vernietigen. Ze kunnen



simpelweg geïnjecteerd worden en op zoek gaan naar ziekten of medicijnen op de juiste plaats afgeven. De robots zijn piepklein: 0,1 tot 10 micrometer en er wordt al volop mee geëxperimenteerd. Zo hebben onderzoekers de robotjes al over DNA laten wandelen.

Kortom, tijden veranderen en innovaties zullen de gezondheidszorg drastisch veranderen, waarschijnlijk op een manier die we ons op dit moment niet kunnen voorstellen. Tijdens de najaarsvergadering staat dit thema centraal en zullen sprekers innovaties van het heden tonen. Overigens zullen deze in 2050 zeer waarschijnlijk volkomen achterhaald zijn...

Franz Schramel

Van de voorzitters

Als scheidend voorzitter kijk ik terug op drie jaar waarin de NVALT als Wetenschappelijke Vereniging en als Bestuur een periode van professionalisering heeft doorgemaakt. Via de raadsleden is het Bestuur aanwezig in de Raden van de Federatie en daarnaast heeft de voorzitter zitting in de Algemene Vergadering. Op deze manier zijn wij betrokken bij het landelijke beleid op gebied van opleiding, wetenschap, beroepsbelangen en kwaliteit. Binnen de NVALT zijn commissies en beleidscommissies geformaliseerd. De voormalige werkgroepen zijn getransformeerd tot secties met aangepaste reglementen. De Week van de Longen in het voorjaar en het NVALT congres in het najaar zijn inmiddels vanzelfsprekende evenementen. Zowel de ALV als de vergaderingen en werkzaamheden van de secties zijn hierin ingebed. De betrokkenheid van NVALT-leden en -secties is zo beter verankerd. Daarnaast stel ik vast dat het NVALT Bestuur inmiddels een herkenbare gesprekspartner is van diverse partijen, zoals het Zorginstituut, VWS, de NOS, het Capaciteitsorgaan, het College Geneeskundige Specialismen (CGS) en andere wetenschappelijke verenigingen. Het is zaak hier een krachtige vaste koers

te blijven hanteren, zowel voor onze leden als voor onze patiënten. Via een tijdelijke werkgroep heeft de NVALT haar nieuwe opleidingsplan vastgesteld en geïmplementeerd. De opleiding van onze toekomstige collegae is zo gemoderniseerd en toekomst-proof gemaakt. Dit proces heeft veel tijd en energie gekost, maar heeft inmiddels ook veel waardering geoogst.

In het sensitieve dossier Concentratie en Spreiding van Zorg heeft de NVALT grote stappen gezet en haar verantwoordelijkheid genomen. De uitdagingen hierin zijn om de *doctor-in-the-lead* te houden en als vereniging consensus te bereiken over de diverse aspecten van dit thema. Tenslotte zijn we als vereniging druk aan de slag gegaan met zorgevaluatie en e-health. Ik heb de afgelopen jaren zeer veel memo's, vergaderstukken, juridische dossiers en gevoelige correspondentie onder ogen gehad, om niet te spreken van de tsunami aan mails en telefoontjes. Gelukkig heeft mijn vakgroep (de longartsen van Zuyderland Heerlen-Sittard) mij in staat gesteld tijd vrij te maken voor deze drukke job als voorzitter van de NVALT. Tot 1 januari 2019 ben ik als past-president beschikbaar voor het bestuur en voor

onze nieuwe voorzitter. Daarna ga ik ook qua klinisch werk hopelijk genieten van iets meer vrije tijd, door over te gaan op een 80% aanstelling. Hiermee wil ik ook ruimte bieden voor de instroom van jonge, talentvolle longartsen. Mijn opvolger, Leon, adviseer ik om vooral zichzelf te blijven, dan komt het allemaal goed met zijn voorzitterschap. Gelukkig wordt hij omringd door kundige en gedreven bestuursleden, commissie- en sectieleiden en tot slot vooral ook door een fijn team van medewerkers op het bureau van de NVALT dat met hart voor de zaak onze vereniging laat floreren.

Dank voor het vertrouwen dat ik heb mogen ervaren en voor Leon: veel succes!

Eric van Haren



Beste collega's,

Natuurlijk is het de droom van iedere nieuwe voorzitter om het voorzitterschap te starten tijdens een wederom zeer succesvolle Week van de Longen, gevolgd door een swingend feest met een band die

wat mij betreft een vast contract bij de NVALT gaat krijgen. Vervolgens moeten we echter weer over tot de orde van de dag. Om te beginnen wil ik mij daarom even kort voorstellen aan alle leden, van wie ik er velen reeds jaren ken via de secties, commissies, opleidingsvisitaties en

meer, maar sommigen zijn wellicht wat minder in mijn blikveld geweest. Ik ben namelijk niet, zoals bijgaande foto wellicht doet vermoeden, de sinds jaren verloren gewaande tweelingbroer van Eric van Haren. Elke gelijkenis met hem berust op louter toeval, hoewel wij om onduidelijke redenen in de

afgelopen jaren steeds meer op elkaar zijn gaan lijken. Blijkbaar was dit, in aanloop naar het voorzitterschap, dus min of meer voorbestemd.

Hoe dan ook, ik ben sinds een aantal jaren met veel plezier longarts en opleider longziekten in het Erasmus MC te Rotterdam, alwaar mijn dagelijks leven naast het opleidingswerk bestaat uit deelname aan het Rotterdamse Expertisecentrum voor Interdisciplinaire en Vasculaire Longziekten. Op landelijk niveau zullen diverse collega's mij (tevens) kennen als voorzitter van het Concilium en de Beleidscommissie opleiding, van waaruit ik met zeer veel plezier mee heb kunnen werken aan onder andere ons Opleidingsplan en het landelijke e-portfolio voor AIOS longziekten. Dat landelijke stokje "opleiding" ga ik in januari 2019 met veel vertrouwen overdragen aan collega-longarts en opleider Monique Reijers, werkzaam in het RadboudUMC te Nijmegen.

In mijn andere dagelijkse leven ben ik nu dus voorzitter van de NVALT geworden, overigens een naam waarbij mij het gevoel bekruipt dat deze na 110 jaar geleidelijk over de houdbaarheidsdatum aan het gaan is. Allereerst leerde een kleine steekproef onder specialisten, zijnde niet-longartsen, mij dat geen van de ondervraagden bij machte was te benoemen waar de afkorting voor staat. Daarnaast bestaat onze vereniging, met de komst van de Physician Assistants en later hopelijk ook de Verpleegkundig Specialisten, spoedig niet meer louter uit artsen. En tot slot is het aantal longartsen dat zich op dagelijkse basis bezig houdt met tuberculose enigszins in

de minderheid aan het raken.... We komen hier nog op terug!

Maar, zullen jullie terecht opmerken, dat is toch hopelijk niet het enige waar je je als nieuwe voorzitter de komende tijd mee bezig wilt houden? Inderdaad is niets minder waar. Wij gaan een boeiende periode tegemoet waarbij diverse zaken nader voor het voetlicht moeten komen. Allereerst kunnen wij als vereniging voortborduren op het vele werk dat Eric, met in zijn kielzog de overige bestuursleden, heeft verricht op het vlak van de professionalisering van de NVALT en de uitwerking van de door hem al genoemde dossiers. Hij heeft daarbij een route uitgezet met een koersvastheid waar zowel Max Verstappen als Tom Dumoulin jaloers op zouden worden. Ik denk dat ik namens de gehele vereniging spreek als ik hem daarvoor alle lof toezwaai! Het zojuist tot stand gekomen Hoofdlijnenakkoord van de regering en het Visiedocument medisch specialist 2025 laten overigens voor een groot deel al zien waar wij ons de komende jaren mee bezig moeten gaan houden. Zo wil ik met jullie graag het onvolprezen document van NVALT secretaris Thomas Macken 'Concentratie en Spreiding van Zorg' verder gaan uitrollen over alle secties, zodat wij een goed beeld gaan krijgen hoe voor elk deelgebied de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment door de juiste specialist en tegen de juiste kosten kan worden geboden. De term 'netwerkgeneeskunde' is hierbij niet nieuw maar gaat wel, ook voor ons, een steeds duidelijker rol spelen. De rol van de

kwaliteitsvisitaties zal hierin natuurlijk nader uitgewerkt moeten worden.

Daarnaast moeten wij o.a. verder met onze richtlijnontwikkeling, de implementatie van e-health en de zorgevaluatieagenda. Ook zijn er gevorderde plannen om de stichting NVALT studies in breder verband in te gaan zetten.

Kortom, er is genoeg te doen en zo hoort het ook in een dynamische vereniging, maar bijgestaan door een kundig bestuur, een NVALT bureau met fijne medewerkers, en rond de duizend enthousiaste leden ben ik er van overtuigd dat we er mooie jaren van gaan maken!

Leon van den Toorn



Hoogtepunten Algemene Ledenvergadering NVALT

Mocht u de algemene ledenvergadering tijdens de Week van de Longen op 10 april hebben gemist, dan kunt u hieronder de belangrijkste onderwerpen lezen. Een uitgebreide versie van het verslag staat op de website (www.nvalt.nl).

Off-label medicatie

Naar aanleiding van een tuchtaak is er veel aandacht geweest voor het off-label voorschrijven van medicatie. Een geneesmiddel kan binnen de Nederlandse wetgeving wel off-label worden voorgeschreven maar dan moet de patiënt expliciet worden ingelicht en moet het ook genoteerd worden in het dossier. Dit wordt de verzwaarde informatieplicht genoemd. Wanneer het middel niet in de richtlijn staat dient te worden overlegd met de apotheek. De NVALT overweegt een eigen label aan te vragen bij het College, een zogeheten user-label. Waarschijnlijk geeft dit juridische problemen, tenzij de NVALT in de betreffende richtlijn opneemt dat een medicijn off-label is en er voldoende evidence voorhanden is om het voor te schrijven. Dit wordt opgepakt door een werkgroep van de FMS.

DOT registraties en herijking normtijden

Vanaf 2018 veranderen de DOT registraties en declaraties voor instellen van CPAP voor OSAS. Telefonische/ mail en video consulten worden gelijkgesteld aan herhaalpoli bezoeken. Vanaf 2015 is er een flinke toename van DOT producten door verkorting van de doorlooptijd (4 i.p.v. 12 maanden) en daarmee een toename van de totale normtijd per specialist. Daarom is een herijking van de normtijden (inzet medisch specialist in minuten per DOT) met het logex verdeelmodel toegepast volgens een integraal tarief. De nieuwe normtijden sluiten beter aan op de inzet van de specialist.

Richtlijnen

De volgende documenten en richtlijnen zijn goedgekeurd:

- *Concentratie en Spreiding van Zorg van Ernstig Astma Zorg in Nederland*
- *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obstructief slaap-apneu (OSA) bij volwassenen*
- *Document concentratie en spreiding van zorg betreffende Pulmonale Hypertensie*
- *Document concentratie en spreiding van zorg van CTEPH*

Aangifte tabaksindustrie

Vanwege de woordkeuze van de aangifte heeft de Federatie en het merendeel van de WV'en besloten niet mee te doen met de aangifte. De meerderheid van de NVALT leden heeft de aangifte echter wel gesteund, zo bleek uit een ledenraadpleging. De NVALT heeft de aangifte vervolgens dan ook als vereniging gesteund m.u.v. de woordkeus moord- en doodslag. De Federatie zal met andere verenigingen wel proberen het anti-rookbeleid nadrukkelijker op de kaart te krijgen.

Taakherschikking

De Physician Assistants (PA's) en de Verpleegkundig Specialisten (VPS) nemen een hoop werk uit handen, maar er is discussie over het zelfstandig doen van bronchoscopieën en het plaatsen van drains. Tijdens de ALV in september 2017 is besloten dat de NVALT vindt dat deze handelingen tot het werkgebied van de longarts behoren. De PA's zijn daarmee akkoord gegaan maar de VPS'en nog niet. Nader overleg daarover volgt.

Zorgevaluatie

In de dagelijkse praktijk van iedere longarts zijn veel kennishiaten. Er worden zogeheten kennisagenda's opgesteld, die moeten uitzoeken welke zorg het meest effectief is voor patiënten. Op dit moment wordt onder de leden geïnventariseerd welke zaken men in de dagelijkse praktijk veel tegenkomt en waarvan niet duidelijk is of men goed handelt. Men gaat proberen de kennishiaten te rubriceren en te prioriteren en onderzoek te laten doen d.m.v. netwerkvorming, in de hoop daarmee de richtlijnen te kunnen versterken.

Concilium

Portfolio/ opleidingsplan

Het nieuwe portfolio wordt inmiddels door alle long-opleidingsklinieken met enthousiasme gebruikt. AIOS worden anno 2018 EPA-gericht opgeleid in zowel patiëntgerichte als generieke vaardigheden. Maar toetsing en toekenning van het niveau is lastig en is nog niet uitgekristalliseerd. Vaardigheden die nu in het opleidingsplan staan, zijn: medisch leiderschap, doelmatigheid, ouderenzorg, onderwijs, opleiding en patiëntveiligheid. Er is discussie over de duur van de uitwisseling tussen academische en perifere ziekenhuizen. De vraag is of we niet toe moeten naar een opleiding in één OOR i.p.v. in één opleidingskliniek.

Opleidingsplaatsen

Stichting BOLS is opgericht om de AIOS-plaatsen te verdelen over het land. Eerder gebeurde de verdeling op basis van criteria van de wetenschappelijke verenigingen (het beleidsrijke toewijzen). Vorig jaar is dit concept door BOLS verlaten en is er geschoven met AIOS binnen de diverse OOR's, dit tot groot ongenoegen van de verenigingen. Dit jaar kwam de NFU binnen het BOLS met een volkomen veranderde verdeelsystematiek. De FMS heeft hier tegen geprotesteerd, maar de NFU heeft haar voorstel doorgedrukt. Verwacht wordt dat er grote verschuivingen onder de AIOS in Nederland gaan plaatsvinden met het voorstel.

Werkgroep E-Health

Slechts een klein aantal longartsen werkt al met E-Health. VWS heeft in 2014 al gezegd dat in 2019 alle patiënten met chronische zorg thuis, 24 uur per dag een zorgverlener online moeten kunnen raadplegen. De werkgroep zal zich in eerste instantie vooral richten op het remote monitoring. Dit biedt namelijk oplossingen voor de zorg van chronische patiënten. De literatuur van remote monitoring is echter verdeeld. Apps die Zelfmanagement toepassen lijken het meest geschikt.

Ademhalingsstoornissen tijdens de Slaap

De visitaties van respiratoire slaapgeneeskunde worden verplicht omdat deze problematiek een belangrijk deel van de praktijkvoering is geworden. Dit zal ook kwaliteit verhogend werken.

NVALT in cijfers en feiten



2

Wetenschappelijke vergaderingen en ALV

1

Visionaire dag bestuur

1041

Leden

9

Bestuursleden

176

Longartsen in opleiding

4

Vaste personeelsleden

3

Landelijke nascholingsdata (Bronkhorstcolloquium, Week van de Longen, Najaarscongres)

15

Secties

635

Longartsen

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

4

Beleidscommissies

7

Subcommissies

Najaarscongres

6 en 7 september 2018 op Papendal

Donderdagochtend 6 september 10.00 - 13.00 uur

Uitnodiging prioriteringsbijeenkomst Agenda Zorgevaluatie Longgeneeskunde

Graag nodigen wij u uit voor de prioriteringsbijeenkomst ten behoeve van de Agenda Zorgevaluatie Longgeneeskunde van de NVALT i.s.m. de NRS. Uw aanwezigheid is van belang om inzichtelijk te kunnen maken wat op dit moment de belangrijkste kennishiaten zijn binnen de longgeneeskundige patiëntenzorg. De prioriteringsbijeenkomst zal, in samenhang met de NVALT najaarsvergadering, plaatsvinden op donderdag 6 september 2018 van 10.00 tot 13.00 uur in congrescentrum Papendal te Arnhem.

Begin 2018 is het project gestart om te inventariseren waar in de longgeneeskundige zorg gebrek is aan wetenschappelijke onderbouwing. Het doel is te komen tot een Agenda Zorgevaluatie met een beschrijving van de belangrijkste en meest urgente kennishiaten en een plan van aanpak hoe deze d.m.v. wetenschappelijk onderzoek op te lossen. Met de agenda wordt ingezet op het versterken van de wetenschappelijke basis van effectieve, doelmatige en veilige longgeneeskundige zorg.

Recent bent u gevraagd om kennishiaten te formuleren en aan ons te versturen. De projectgroep is zeer verheugd over de hoge respons en de positieve reacties op dit verzoek! De volgende stap is het gezamenlijk prioriteren van de geïdentificeerde kennishiaten. Wij willen deze prioritering graag verrichten met een brede vertegenwoordiging van niet alleen longartsen, maar ook patiëntenverenigingen en overige belanghebbenden. De bijeenkomst is een uitgelezen kans om gezamenlijk te besluiten welke kennishiaten de hoogste prioriteit hebben als het gaat om de opzet van wetenschappelijk onderzoek.

Graag vernemen wij uiterlijk 22 augustus of u bij de prioriteringsbijeenkomst aanwezig kunt zijn door een bericht te sturen naar d.tennekes@kennisinstituut.nl. Zou u i.v.m. de tafelindeling hierbij aan willen geven wat uw aandachtsgebied is?

Prioriterings- en aandachtsgebieden:

1. Astma en allergie
2. COPD
3. Ademhalingsstoornissen tijdens de slaap
4. Interstitiële longaandoeningen
5. Infectieziekten (incl. Tuberculose en CF)
6. Oncologie (incl. mesothelioom)
7. Pulmonale hypertensie & vasculaire longziekten

Namens de projectgroep van de Agenda Zorgevaluatie Longziekten,

George Nossent, longarts UMCG, voorzitter projectgroep
Hannah Hoffenkamp, adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
Voor vragen: h.hoffenkamp@kennisinstituut.nl

Donderdagmiddag 6 september 13.30 - 17.00 uur

Wetenschappelijke Vergadering

Titel: Innovatie

Succesvolle innovaties maken het werk vaak makkelijker, leuker, beter en meestal ook goedkoper. Ze zorgen ervoor dat we meer tijd overhouden voor dat waar wij dokters voor zijn geworden: de zorg voor de patiënt. Innovaties kunnen grote impact hebben op ons werk en innovaties kunnen op zeer uitéénlopende gebieden liggen.

De voorzitter van de Raad Wetenschap & Innovatie stelt: "Innovatie is de sleutel tot toekomstige zorg van goede kwaliteit die voor iedereen makkelijk toegankelijk maar ook betaalbaar is. Daarnaast moet door innovatie het leveren van zorg door de medisch specialist makkelijker worden, waardoor deze meer tijd aan de patiënt kan besteden en de bureaucratie uit handen wordt genomen. Er zijn enorm veel innovatieve ideeën in de zorg. Maar hoe brengen we innovaties nu sneller naar de praktijk? Hoe onderscheiden we innovaties die werken, van innovaties die niet werken? Hoe kunnen we innovaties die werken sneller opschalen? Hoe zorgen we ervoor dat innovaties bekend worden onder de zorgverleners?"

Het najaarscongres staat in het teken van innovatie, m.n. op het gebied van de longgeneeskunde. Zowel medisch inhoudelijke innovaties komen aan bod, maar ook innovaties op andere gebieden, zoals kwaliteit van zorg en ziekenhuisorganisatie. Tal van onderwerpen worden belicht, variërend van het ontwikkelen van organoids in het kader van personalized medicine, vernieuwingen op het gebied van endoscopie en screening. Ook nieuwe ontwikkelingen op het gebied van ziekenhuisorganisatie met als voorbeeld Value Based Health Care en kankerregistratie passeren de revue. U wordt bijgepraat over de nieuwe ontwikkelingen binnen de e-health. De FMS zal het symposium inleiden en het belang van continue blijven innoveren belichten. De sprekers zijn: Vivienne Schelfhout, (FMS), Jouke Annema, Jeff Beekman (Hubrecht Instituut), Robin Cornelissen, Jan-Willem van den Berg, Pieter de Bey, (Santeon) en Hans Smit

Kortom, een bijzonder interessant thema van deze najaarsvergadering, dat ons allen aangaat, zowel in het ontwikkelen als in het implementeren van innovaties in de dagelijkse praktijk. U kunt en mag daarom dit congres niet missen!!

17.00 - 17.30 uur

Pauze

17.30 - 19.30 uur

Algemene Ledenvergadering

19.30 uur

Borrel en diner

Vrijdag 7 september

08.45 - 10.30 uur

Sectievergaderingen

10.30 - 11.00 uur

Pauze

11.00 - 13.00 uur

Plenaire sessie met korte pitches van alle secties

Vanuit de Commissie Accreditatie

Longartsen die al vele jaren werkzaam zijn als medisch specialist zijn natuurlijk volledig op de hoogte van het belang om hun GAIA-dossier (PE-online) actueel te houden. Voor de beginnende longartsen en andere geïnteresseerden wil de Commissie Accreditatie u graag informeren over de gang van zaken betreffende het persoonlijk dossier.

Om in Nederland als geneeskundig specialist te mogen werken, moet u ingeschreven staan in het register van de RGS. Registratie vindt plaats voor een periode van maximaal vijf jaar. Bij afloop van iedere registratieperiode moet u aantonen dat u aan de herregistratie eisen voldoet. Eén van deze eisen is dat u in deze periode minimaal 200 geaccrediteerde nascholingsuren heeft gevolgd. De NVALT is voor de registratie hiervan aangesloten bij GAIA. Dit staat voor Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie. Als uw GAIA-account geactiveerd is, kunt u hiermee al uw nascholingen en overige deskundigheidsbevordering overzichtelijk en digitaal bij elkaar voegen en inzien.

Voor uw herregistratie kunt u uw GAIA-dossier rechtstreeks aanbieden bij de RGS. Deze toetst of u voldoet aan de herregistratie-eisen en verlengt uw registratie.

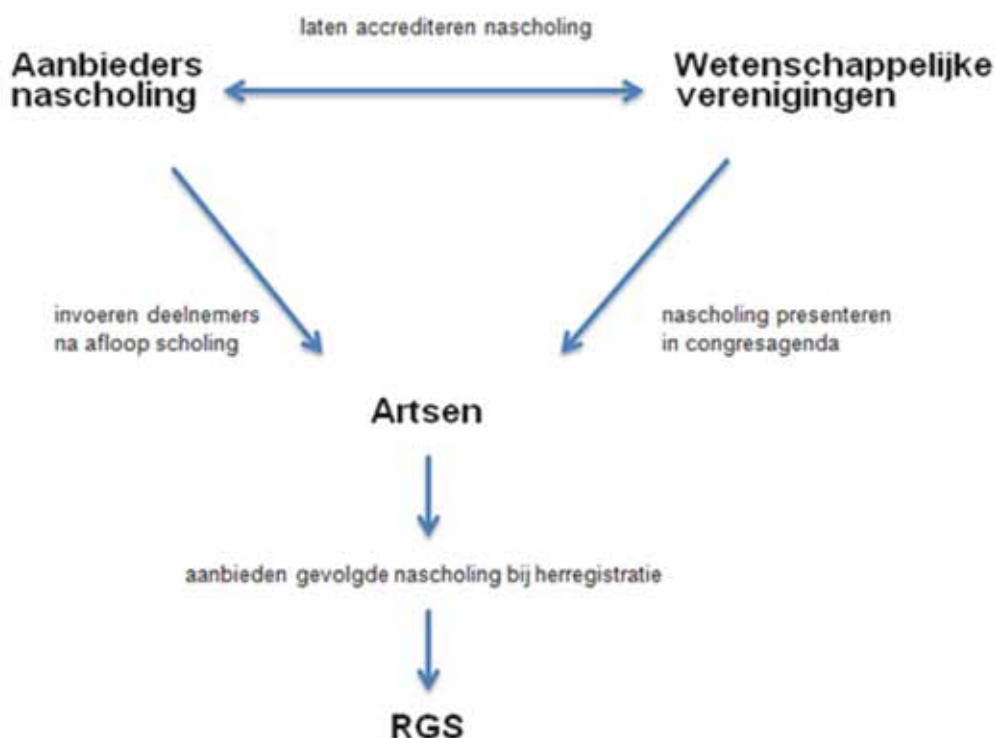
Nederlandse nascholing

Heeft u een Nederlandse geaccrediteerde nascholing gevolgd? Dan voert de organisator (aanbieder) uw aanwezigheid in via GAIA. De nascholingsuren worden automatisch aan uw GAIA-dossier toegevoegd. U ontvangt geen certificaat als bewijs van deelname. Het enige dat u moet doen, is controleren of de uren goed in uw dossier zijn bijgeschreven. Klopt dit niet, dan kunt u contact opnemen met de organisator van de nascholing.

Buitenlandse nascholing

Bij een buitenlandse nascholing moet u wel zelf zorgen voor een document als bewijs van deelname. Dit document kunt u achteraf toevoegen aan uw dossier.

Een aantal grote buitenlandse congressen is op voorhand geaccrediteerd (vanaf 2018). Deze kunt u vanuit de nascholingsagenda ophalen in uw persoonlijk dossier. Hiervoor klikt u op het blauwe icoontje (📄) dat voor de naam van het congres staat. Let op dat u niet kiest voor de Intensive Care nascholing! Upload het accreditatiebewijs en voeg hiermee het vastgestelde aantal punten toe aan uw dossier.



De op voorhand geaccrediteerde buitenlandse nascholingen zijn:
ATS, ASCO, SLEEP, ERS, ESRS, WCLC, CHEST, ESMO,
Sleep & breathing

Andere buitenlandse nascholingen kunt u toevoegen door te kiezen voor

'snel toevoegen' → 'buitenlandscholing' → datum ingeven → de gevraagde informatie invullen → programma en accreditatiebewijs uploaden → hierna kiest u voor 'volgende'.

Vervolgens klikt u op 'gereed' om de activiteit op te nemen in uw dossier. De activiteit wordt automatisch aangeboden voor goedkeuring. In uw dossier krijgt de activiteit de status 'Wacht op akkoord'. Nadat de accreditatiecommissie zijn goedkeuring heeft gegeven worden de punten gevalideerd en toegevoegd aan uw persoonlijk dossier.

LET OP! Uw bewijs van deelname dient een origineel accreditatiebewijs te zijn. Rekening, badge of bevestigingsmail voldoen hiervoor niet. Voor de beoordeling van de nascholing is het tevens noodzakelijk dat u het programma toevoegt. Als een van deze zaken ontbreekt zal de buitenlandsscholing niet in behandeling worden genomen en aan u worden teruggestuurd met het verzoek het accreditatiebewijs en/of programma alsnog toe te voegen.

Overige activiteiten

Refereeravonden, voordrachten, publicaties of promotie kunt u zelf toevoegen aan uw persoonlijk dossier en worden gehonoreerd met een vastgesteld aantal accreditatiepunten.

Refereeravond 2 punten

Auteurschap

Het artikel moet gepubliceerd zijn in een tijdschrift dat voorkomt op de lijst van US National Library of Medicine (PubMed). Hierbij dient u het volledige artikel, opgebouwd uit: inleiding, methode, resultaten, conclusie/beschouwing te uploaden. Uit de bijlage blijkt wanneer en in welk tijdschrift dit is gepubliceerd.

1e auteur 10 punten

2e auteur 5 punten

3e auteur en verder 2 punten

Deelname aan richtlijncommissie 10 punten

De richtlijn voegt u toe in de bijlage

Eigen promotie 40 punten

Uw doctoraatsbul voegt u toe in de bijlage

Het houden van een voordracht 3 punten

De voordracht moet gehouden zijn tijdens een geaccrediteerde bijeenkomst. Voor een Nederlandse bijeenkomst is vermelding van het ID nr. van de nascholing in GAIA voldoende.

Niet geaccrediteerde activiteit

Naast het registreren van uw geaccrediteerde nascholingen en individuele deskundigheidsbevordering is het mogelijk om in GAIA ook niet-geaccrediteerde activiteiten toe te voegen. Deze tellen vanzelfsprekend niet mee voor uw herregistratie maar worden wel getoond in het totaaloverzicht en kunt u bijvoorbeeld gebruiken tijdens de kwaliteitsvisitatie of POP gesprekken.

Vragen?

Voor vragen kunt u altijd contact opnemen met het bureau van de NVALT. wilma@nvalt.nl of noortje@nvalt.nl

Vanuit het AIOS-bestuur

Bestuurswisselingen

Omdat een aantal AIOS het einde van zijn/haar opleiding bereikt heeft of i.v.m. andere plannen (bijvoorbeeld promotietrajecten) hun bestuurstaken neergelegd heeft, is er een aantal bestuurswisselingen geweest. Hierdoor worden de taken binnenkort opnieuw verdeeld en kunnen jullie in de PulmoScript van september 2018 de exacte samenstelling en taakverdeling vinden.

Aftredende Leden: Marthe Paats, Erasmus MC, Bianca van Veggel, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Gea Helfrich, Medisch Centrum Leeuwarden.
Toetredende Leden: Eva Brons, Erasmus MC, Laurien Keulers, Medisch Centrum Leeuwarden.

De komende jaren zullen regelmatig AIOS het bestuur verlaten omdat zij aan het einde van hun opleiding zijn. We proberen altijd uit dezelfde OOR weer nieuwe bestuursleden te werven. Dus mocht je interesse hebben in het AIOS-bestuur, houdt de PulmoScript maar ook je mail in de gaten. Ook kan je je interesse laten blijken bij een van de bestuursleden uit de betreffende OOR.

Veranderingen in CCO-onderwijs en Hermes-examen

Al enige tijd is het bestuur achter de schermen bezig met het CCO-onderwijs en Hermes-examen. We vinden, net als vele andere AIOS en opleiders, het Hermes-examen zoals dat door de ERS wordt aangeboden verre van ideaal. Dit komt doordat het examen slecht aansluit bij de Nederlandse situatie, geen goede afspiegeling vormt van de werkelijke leercurve (in 1e jaar kan je hem beter maken dan in 4e jaar) en resultaten achteraf niet inzichtelijk zijn waardoor de kennishiaten onzichtbaar blijven. In 2017 is er al een aangepaste versie geweest. Dit was al een verbetering t.o.v. eerder, maar wat ons betreft nog lang niet voldoende. We zouden graag zien dat er een Nederlandse kennistoets gemaakt wordt die beter aansluit op de Nederlandse situatie. Maar we willen ook dat er beter inzicht komt in de kennis van de AIOS.

Het concilium deelt onze mening hierin en er zijn nu al vergaande plannen om een commissie en een onderwijsdeskundige vragen te laten maken. Dit is wat ons betreft al een grote verbetering. E.e.a. gaat in 2019 gerealiseerd worden.

Ook het CCO-onderwijs gaat iets veranderen. De bedoeling is dat het CCO Longfunctie wordt gereduceerd naar 2 dagen, de fietsergometrie wordt dan tijdens deze dagen niet meer behandeld. Als compensatie hiervoor zal er elk jaar 2 maal een fietsergometrie cursus gegeven worden waarbij er voldoende plek is voor AIOS om hieraan deel te nemen. Het

zal verplicht worden deze fietsergometrie cursus te volgen tijdens de opleiding.

Verdiepingsstage

Een verdiepingsstage heeft als doel bij te dragen aan de profilering van de AIOS en is niet hetzelfde als een academische/perifere stage.* Het is echter wel mogelijk om de verdiepingsstage en de academische/perifere stage te combineren. Helaas blijkt dat er toch onduidelijkheden zijn over de verdiepingsstage en dat dit er voor kan zorgen dat de AIOS niet de verdiepingsstage kan volgen die hij/zij graag zou willen. Op dit moment wordt er gewerkt aan een document dat duidelijk omlind aangeeft waar een verdiepingsstage precies aan moet voldoen. Het is belangrijk om je te realiseren dat een verdiepingsstage best in een perifere kliniek gevolgd kan worden mits deze voldoet aan de criteria. Hierdoor kan het zo zijn dat een AIOS zowel een verdiepingsstage als een academische/perifere stage in een andere kliniek volgt dan de opleidingskliniek.

Visitatie

In principe wordt een opleidingskliniek elke 5 jaar gevisiteerd. Vooraf krijgen de AIOS van het betreffende ziekenhuis een mail met daarin vragenlijsten over de opleiding. Wat gaat er goed, wat kan er beter, waar wordt tegen aan gelopen en wat zou volgens AIOS toch echt anders moeten. Met enige regelmaat worden deze lijsten niet of nauwelijks ingevuld. Dit vinden wij erg jammer omdat wij op deze manier niet goed kunnen nagaan hoe het zit met de kwaliteit van de betreffende opleiding. Dan kunnen problemen blijven liggen die tijdens een visitatie aangekaart hadden kunnen worden. Om een beter inzicht te krijgen gaan we vanaf de zomer AIOS uit de betreffende klinieken op voorhand al een mail sturen dat deze formulieren eraan komen zodat ze niet worden vergeten of als onbelangrijk worden gezien.

Voorbeelden van zaken die aangekaart kunnen worden tijdens een visitatie:

- Onvoldoende werkruimte voor AIOS ("backoffice")
- Te veel oneigenlijke (administratieve) taken die verricht moeten worden
- Te hoge werkdruk, problemen met roostering doordat er te weinig A(N)IOS zijn
- Te weinig supervisiemomenten
- Vergoedingen opleidingskosten (zie ook documenten op de website van NVALT).

Door deze formulieren goed in te vullen zijn we in staat om tijdens de visitatie echt aandacht te besteden aan deze zaken en kan er ook iets veranderen. Het gebeurt helaas nog wel

eens dat er geen problemen zijn genoemd in de voorbereiding en dat er achteraf toch zaken blijken te zijn die aangekaart hadden moeten worden. Hierdoor is er eigenlijk geen mogelijkheid om als bestuur de AIOS te helpen die tegen deze problemen aanlopen. Zo kan een situatie blijven bestaan die niet wenselijk is voor de opleiding, terwijl dit met de visitatie benoemd had kunnen worden en er een consequentie aan verbonden had kunnen worden als de situatie niet opgelost zou worden.

Instellingsvisitatie

Instellingsvisitatie

Zoals al in een eerdere PulmoScript vermeld is, is er in 2018 gestart met instellingsvisitaties. In eerste instantie zijn deze visitaties nog op vrijwillige basis, maar het is de bedoeling dat dit in de toekomst verplicht gaat worden. Het doel van de instellingsvisitatie is het kijken naar het opleiding-overstijgende klimaat en de kwaliteit voor alle opleidingen die in een instelling verzorgd worden en geborgd zijn door het opleidingshuis, de COC en de Raad van Bestuur (de eindverantwoordelijke). Bij goedkeuring ontvangt de instelling een certificaat. Nadat het certificaat is toegekend wordt jaarlijks door de RGS een rapportage over de cyclische kwaliteitsbewaking van de opleiding gevraagd. Een instelling wordt alleen op indicatie opnieuw geïnspecteerd. De opleidingsvisitatie blijft gewoon bestaan, maar dan in afgeslankte vorm omdat de instelling al geïnspecteerd is. De bedoeling hiervan is de visitatielast voor instellingen en opleidingen te doen verminderen. De eerste 4 ziekenhuizen met het certificaat zijn:

- Catharina Ziekenhuis
- HagaZiekenhuis
- Haaglanden MC
- Zuyderland MC

In april 2018 heeft een procesevaluatie plaats gevonden waar naar er op de vergadering van de RGS in juni 2018 eventuele verbeterpunten worden besproken. Wordt nog vervolgd dus.

Toewijzingsvoorstel opleidingsplaatsen 2019

Ook voor 2019 ligt er een definitief voorstel van de Stichting BOLS voor toewijzing van opleidingsplaatsen. Volgens dit voorstel blijft het totale aantal opleidingsplaatsen voor de longziekten op 40 staan. De verdeling van het totaal aantal opleidingsplaatsen van alle medisch specialistische vervolgopleidingen over de diverse OOR-regio's zal anders zijn dan in 2018. Voor longziekten zal dit niet veel uitmaken; sommige OOR's krijgen er 1 AIOS bij, andere OOR's leveren er 1 in. Maar voor andere opleidingen kan dit forse gevolgen hebben. Het argument voor de nieuwe verdeling is dat er gekeken is naar de totale capaciteit in de regio, met andere woorden: totale patiënten aanbod in de betreffende OOR-regio. Zowel de Federatie Medisch Specialisten (FMS) als de Jonge Specialist (DJS) zijn het niet eens met dit voorstel en hebben bezwaar aangetekend.

De Jonge Specialist heeft het idee dat "de totale patiënten capaciteit in de regio" geen criterium is dat iets zegt over de kwaliteit van de opleiding. De patiënten capaciteit wordt berekend over alle ziekenhuizen in een betreffende regio, terwijl lang niet elk ziekenhuis opleidingsplekken heeft. Volgens DJS is deze nieuwe verdeling ook zeker geen oplossing voor de zorgen omtrent invulling van specialistenplekken in bepaalde regio's en klinieken. Zij maken zich voor zowel de korte als lange termijn zorgen over de kwaliteit van de opleiding. Ondanks deze bezwaren en de flinke discussies tijdens het BOLS-overleg is het voorstel toch aangenomen. Voor 2019 is dit vermoedelijk niet meer af te wenden maar DJS probeert er samen met de juniorverenigingen alles aan te doen om dit terug te draaien. Het is onduidelijk welke invloed de nieuwe verdeling heeft op de bedrijfsvoering, maar het zal merkbaar zijn op de werkvloer.

In latere edities van PulmoScript hopen we hierover meer te kunnen vermelden.

Actief worden binnen de NVALT

Het is op meerdere manieren mogelijk om als AIOS actief te worden binnen de NVALT. Dit hoeft niet alleen binnen het AIOS-bestuur te zijn, maar kan ook via de diverse commissies die er zijn (bijvoorbeeld richtlijncommissie of kwaliteitscommissie) of via de diverse secties. AIOS zijn meer dan welkom bij deze vergaderingen en je inbreng wordt ook zeker gewaardeerd. Het is niet alleen leuk om op deze manier betrokken te zijn binnen de beroepsvereniging maar het kan ook een onderdeel zijn van je aandachtsgebied (bijvoorbeeld astma of oncologie). De data voor sectievergaderingen en hoe je je kunt aanmelden vind je in de nieuwsbrief die twee keer per maand per mail wordt verstuurd. Hierin zijn ook regelmatig oproepen te vinden voor nieuwe leden voor diverse commissies.

Website

Op dit moment zijn we bezig nieuwe documenten op de website te zetten die betrekking hebben op AIOS. We hopen hiermee de informatievoorziening richting AIOS op peil te houden. Het document dat op dit moment gemaakt wordt, gaat over het afronden van de opleiding. Wat moet er precies gebeuren, hoe sluit je het portfolio af en hoe zit het met je lidmaatschap van de NVALT? We hopen dit document voor de zomer van 2018 online te hebben.

Missen jullie nog informatie op de site of zijn er dingen die niet kloppen, laat het ons weten via AIOS@nvalt.nl

** afhankelijk waar je het grootste deel van je opleiding volgt. Het is de bedoeling dat iemand die academisch wordt opgeleid enige maanden in de periferie een stage komt lopen en anders om ook.*



Bronkhorst

Programma 2018 - 2019

Onderwerp: Urgente longzorg

Datum

22 ('s avonds), 23 en 24 november 2018
'Koningshof' te Veldhoven

Informatie

Secretariaat NVALT
Constance Harks
Luijbenstraat 15
5211 BR 's-Hertogenbosch
tel.: 073 - 612 61 63
e-mail: constance@nvalt.nl

Inschrijving

De inschrijving start in **september** via de website van de NVALT.

In het kader van de samenwerking tussen de Commissie Bronkhorst Colloquia en het Forum Vlaamse Longartsen, wordt het colloquium ook in Vlaanderen gehouden als colloquium van de Vlaamse Longartsen.

Concept programma

Urgente longzorg

Lezingen

1. Diffuse ellende op de IC
2. Epidemie: organisatie binnen het ziekenhuis
3. Behandeling van respiratoire insufficiëntie middels nieuwe technieken
4. Beoordeling van ademhalingsdisfunctie en ventilatie op de IC
5. Ernstige CAP

Werkgroepen

1. Centrale en perifere luchtwegobstructie
2. Echo thorax in acute setting
3. Niet-invasieve beademing
4. Gaswisselingstoornissen
5. Moeilijke keuzes: beleidsbepaling en -beperking
6. Acute dyspnoe: is het cardiaal?
7. Pneumothorax door een thoraxtrauma
8. Acute longschade door exogene factoren
9. De long onder extreme condities (hoogte, duiken)

Datum

7 ('s avonds), 8 en 9 februari 2019
'Floréal Club' te Blankenberge, België

Informatie

Forum Vlaamse Longartsen
Monique Lanckswaert
Eendrachtstraat 56
B-1050 Brussel, België
tel.: 00 - 32 2 510 60 94
e-mail: info@vlaamselongartsen.org

Vanuit de Sectie Oncologie

Beoordeling oncologische middelen

Steeds vaker worden we als beroepsgroep om advies gevraagd over plaatsbepaling van nieuwe oncolytica. Om dit op transparante wijze te doen hebben we ons in 2011 aangesloten bij de commissie beoordeling oncologische middelen (cieBOM) van de Nederlandse vereniging van medische oncologie (NVMO). Vanaf 2011 heeft prof Egbert Smit als afgevaardigde van de NVALT zitting in de cieBOM, in april 2015 is hij opgevolgd door prof Anne-Marie Dingemans.

De cieBOM beoordeelt een nieuw oncologisch middel wanneer een gerandomiseerde en vergelijkende studie beschikbaar is, waarvan de eindpunten conform de actuele PASKWIL-criteria (zie tabel onder) zijn te beoordelen en wanneer het middel in Europa is geregistreerd (European Medicines Agency (EMA)). Het beoordelingstraject wordt, indien aan de orde, bij voorkeur afgestemd met de beoordeling door Zorginstituut Nederland.

Over alle middelen geeft de cieBOM op deze wijze een advies, dit advies is voor de voorschrijvende Nederlandse oncologen en longartsen leidend. Het advies van de cieBOM wordt gepubliceerd in het tijdschrift Medische Oncologie en wanneer het een indicatie op ons vakgebied betreft ook in PulmoScript. Tevens zijn de adviezen terug te vinden op de website van de NVMO (http://www.nvmo.org/adviezen_commissie_bom.htm).

Steeds meer middelen worden echter geregistreerd op basis van subgroep analyses of single arm fase II studies. Deze kunnen niet op basis van de PASKWIL criteria beoordeeld worden. Hiervoor wordt dan verwezen naar de richtlijn.

Echter, het duurt vaak lang alvorens een middel in een richtlijn besproken wordt. Daarom is er zowel binnen de NVMO als de SON nagedacht hoe er toch op een gestandaardiseerde wijze uitspraak gedaan kan worden over deze medicatie. In parallel met de NVMO zijn er criteria opgesteld over beoordeling van subgroepen (<https://www.nvmo.org/bom/advies-uitbrengen-over-subgroepen/?meta>). Deze criteria zijn in juni 2017 van kracht gegaan. Omdat de cieBOM geen retrospectieve beoordelingen doet, heeft de SON besloten over een aantal medicamenten die eerder niet beoordeeld konden worden door de cieBOM alsnog een advies uit te brengen. Daarnaast heeft de SON criteria opgesteld voor beoordeling van medicamenten die door de EMA toegelaten zijn op basis een niet-gerandomiseerde studie. Deze criteria zijn besproken en vastgesteld in de SON vergadering in september 2017. In een document "stand van de wetenschap" zal 2x per jaar door het bestuur van de SON een advies uitgebracht worden op basis van de criteria die hieronder beschreven staan.

Palliatief, effectiviteit		
• winst totale overleving	> 12 weken of HR < 0,7	+
• winst progressievrije overleving	> 12 weken of HR < 0,7	+
Gradering volgens ESMO-MCBS (inclusief bijdrage door QoL-analyse)		
Bijwerkingen (verschil tussen de behandelarmen)		
• lethaal (absoluut)	< 5%	+
• acuut, ernstig	< 25%	+
• chronisch beperkend		+
Kwaliteit van leven		
• QoL-analyse	gevalideerde test(s) verricht	+
Impact van behandeling		
• acceptabele behandellast		+
Medicijnkosten		
	• mediane behandelduur	
	• per 28 dagen	
	• prijsverschil in vergelijking met standaardbehandeling	

“Stand van de wetenschap”: criteria voor advies NVALT over oncologische middelen waarover cieBOM geen advies kan geven en die (nog) niet zijn opgenomen in een NVALT richtlijn:

A) Oncologische medicatie die wel EMA goedkeuring heeft maar waar de cieBOM geen besluit over kan nemen omdat EMA toelating gebaseerd is op een subgroep analyse.

De cieBOM heeft recentelijk een advies uitgebracht over de beoordeling van subgroepen, dit advies is goedgekeurd door de NVMO.

Therapie schema's moeten daarbij voldoen aan de volgende criteria, conform advies van de cieBOM:

- a. Het gaat om een vooraf geplande subgroep analyse waarvan de resultaten zijn gepubliceerd
- b. Het middel (therapie schema) moet een statistisch significant therapeutisch effect laten zien in de totale studiepoulatie (dit voorkomt "cherrypicking")
- c. Er moet een duidelijke rationale zijn waarom het effect juist in deze subgroep aanwezig is en een meerwaarde oplevert voor het toevoegen aan het huidige arsenaal aan medicamenten (gelooftwaardigheid).
 - i. indien aan voorwaarde a-c voldaan is, kan de subgroep beoordeeld worden volgens de PASKWIL criteria

B) Oncologische medicatie die wel EMA goedkeuring heeft, en waarvoor cieBOM een negatief advies heeft gegeven, maar waar een subgroep binnen de EMA toelating een duidelijk voordeel toont.

Therapie schema's moeten daarbij voldoen aan de volgende criteria:

- a. Het gaat om een vooraf geplande subgroep analyse waarvan de resultaten zijn gepubliceerd
- b. Het middel (therapie schema) moet een statistisch significant therapeutisch effect laten zien in de totale studiepoulatie (dit voorkomt "cherrypicking")
- c. Er moet een duidelijke rationale zijn waarom het effect juist in deze subgroep aanwezig is en een meerwaarde voor het toevoegen aan het huidige arsenaal aan medicamenten (gelooftwaardigheid). Bij voorkeur bevestigd in een andere studie.
 - i. indien aan voorwaarde a-c voldaan is, kan de subgroep beoordeeld worden volgens de PASKWIL criteria

C) Oncologische medicatie waar de cieBOM geen besluit over kan nemen omdat EMA toelating gebaseerd is op een single arm studie

- a. Moet voldoen aan goed onderbouwde rationale (gelooftwaardigheid)
- b. Gerichte therapie voor selecte groep
- c. Onvervulde behoefte bij geselecteerde groep
- d. Gezien zeldzaamheid van de ziekte zal een gerandomiseerde studie onmogelijk zijn c.q. lang duren
- e. Alternatieve behandeling wordt als inferieur beschouwd

De Week van de Longen 2018 was een groot succes!

De NRS, het Longfonds en de NVALT hadden wederom de handen ineengeslagen om een interessant programma samen te stellen. Longartsen, wetenschappers, paramedici: iedereen was er. En was u er niet, dan hebt u een hoop gemist. Met als thema "Zorg op maat voor iedereen" werden door vele bereidwillige collega's lezingen en workshops verzorgd. Wetenschappelijk onderzoek werd gepresenteerd tijdens de verschillende orale en postersessies. Het zal de deelnemers niet ontgaan zijn dat de gemiddelde leeftijd van de sprekers lager was dan voorheen. De programmacommissie heeft bewust het podium aan jonge collega's gegeven. Dit om te laten zien dat een nieuwe generatie enthousiaste longartsen en onderzoekers klaar staat om de longgeneeskunde te moderniseren naar geneeskunde waarin de zorg zo veel mogelijk op maat aan de individuele patiënt aangeboden wordt. Alhoewel personalized medicine altijd al een doel was, zullen wetenschappelijke ontwikkelingen ons steeds beter in staat stellen om dit ook daadwerkelijk te realiseren. De Week van de Longen is bij uitstek geschikt voor interactie tussen klinici en wetenschappers in de volle breedte van ons prachtige vak.

Het spits werd afgebeten met de clinical year in review, waarin kort en krachtig de meest recente ontwikkelingen op het gebied van longkankerscreening, longembolie, pleurale aandoeningen en longchirurgie werden gepresenteerd. Tijdens de workshops werden de deelnemers bijgespijkerd over longoncologie, interstitiële longaandoeningen en bronchiëctasieën. In een provocatieve vierde workshop (niet alles was wat het leek) ging het over de rol van de verpleegkundig specialist in de zorg. De longlezing wordt elk jaar verzorgd door een gerespecteerde collega met een indrukwekkende staat van dienst. Prof. Peter Sterk bleek een uitstekende keuze en het thema "Zorg op maat voor iedereen" was hem uiteraard op het lijf geschreven. En dan waren er nog drie symposia over longoncologie, infectieziekten en obstructieve longziekten, voorgezeten

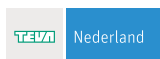
door respectievelijk Joop de Langen, Dominic Snijders en Josje Altenburg en Gert-Jan Braunstahl.

In de wetenschappelijke sessies werden de laatste inzichten en resultaten gedeeld. Er waren vele hoogtepunten en er werden prijzen uitgereikt. Mirjam Kool ontving voor haar onderzoek naar sarcoïdose de Dirkje Postma Talent Award. De Sterk Participatie Prijs werd gewonnen door Karen Moor van het Erasmus MC. Zij ontving de prijs voor haar onderzoek naar de ontwikkeling en evaluatie van een thuismonitoringprogramma voor patiënten met idiopathische pulmonale fibrose. Rianne de Vries van het AMC won de Longdagen Publieksprijs 2018. Haar onderzoek naar de SpiroNose, een slim apparaatje dat longziekten ruikt, was volgens de in het publiek aanwezige patiënten het beste onderzoek.

Tussen al dit gepersonaliseerde geweld door moest er natuurlijk ook ruimte zijn voor wat ontspanning. Er werd gegeten, bijgepraat, geborreld, en ja, er werd zelfs gedanst!

De Week van de Longen 2018 was ook dit jaar weer een groot succes. We hopen u volgend jaar weer in groten getale te mogen verwelkomen. Zet u de data vast in uw agenda: 8 t/m 11 april 2019!

Hans Daniels







NVALT AIOS SYMPOSIUM

Verdieping vanuit de opleiding

Week van de Longen 2018, Ermelo

Vorig jaar werd tijdens de Week van de Longen voor het eerst het 'NVALT AIOS symposium' georganiseerd. De achterliggende gedachte van dit symposium was om de jonge specialist in opleiding meer bij de NVALT en de longdagen te betrekken. Hierop hebben we veel enthousiaste en positieve reacties binnengekregen, dus vanzelfsprekend werd het dit jaar voor de tweede keer georganiseerd.

Het format is simpel: vanuit elk opleidingsziekenhuis (24 in totaal) houdt één arts-assistent in opleiding een presentatie. De inhoud hiervan is vrij in te vullen en kan bestaan uit eigen (promotie)onderzoek, een case report, of een presentatie over andere wetenschappelijke activiteiten. Alle deelnemers worden verdeeld over de twee 'parallele dagen'. Per dag wordt er door de twee dagvoorzitters een winnaar bepaald.

Zelf was ik, samen met Maarten Ninaber (plaatsvervangend opleider LUMC), op de woensdag als dagvoorzitter aanwezig en daar hebben we 11 prachtige presentaties voorbij zien komen. De zaal was goed gevuld en er waren vooral veel AIOS aanwezig. Het is voor ons als AIOS natuurlijk mooi om je naaste collega's uit het hele land te (zien) spreken, inhoudelijk sterke presentaties te zien en daarover gezamenlijk te discussiëren. Het geeft ook een stimulans om na te denken over case-reports op je eigen afdeling of om eventueel zelf wetenschappelijk onderzoek te gaan doen. Daarnaast zorgde het mild competitieve element voor een gezonde spanning.

Met sterk gevarieerde presentaties, die allen bijzonder hoog van kwaliteit waren, was het voor ons als dagvoorzitters nog behoorlijk lastig om een winnaar te kiezen. Daarnaast, hoe vergelijk je een case-report met een klinische trial of een gedegen cross-sectioneel onderzoek? Het werd een kwestie van presentatievaardigheden, gecombineerd met inhoud en de discussie die een presentatie teweegbracht. Op woensdag was uiteindelijk David Prins (Medisch Centrum Leeuwarden) de rechtte winnaar met zijn presentatie 'The relationship between burnout, personality traits and medical speciality. A national study among Dutch residents'. Het onderzoek was goed opgezet, een zeer relevant onderwerp en het werd daarnaast op een overtuigende manier gepresenteerd, met een mooie discussie na de presentatie. Ook op de dinsdag was er uiteindelijk een unanieme beslissing door de dagvoorzitters: Van der Hout (UMCU) en Stigt (Isala). Bart de Brouwer (Canisius Wilhelmina Ziekenhuis) ontving tijdens die dag de bos bloemen en de oorkonde naar aanleiding van zijn presentatie 'Low vitamin K status in idiopathic pulmonary fibrosis'.

Mocht je hierin geïnteresseerd zijn, een volledig overzicht van alle presentaties die zijn gehouden is nog terug te vinden op: www.weekvandelongen.nl/nl/programma-2018/longartsen

Rest mij alle deelnemers en bezoekers van het NVALT AIOS symposium te bedanken en wat mij betreft: tot volgend jaar!

Margot de Koning Gans (HagaZiekenhuis)



Bart de Brouwer, AIOS Canisius-Wilhelmina ziekenhuis was de winnaar op dinsdag.



David Prins, AIOS Medisch Centrum Leeuwarden was de winnaar op woensdag.

Medisch Centrum Leeuwarden



Welkom in Leeuwarden Fryslân, Europese Culturele Hoofdstad in 2018! Met al ruim 400 jaar onze eigen scheve Oldehove als stadsicoon, is Leeuwarden het thuis van Mata Hari, Esscher en het Medisch Centrum Leeuwarden. Daarnaast is Leeuwarden een van de elf steden

die, ondanks de milde winters, elk jaar door menig fanatiekeling wordt bezocht met bijvoorbeeld de step, de roeiboot of de motor.

Wie zich ons vorige stukje in 2013 in PulmoScript nog kan herinneren, weet dat wij afsloten met een dringend verzoek voor meer mannen in het MCL. Helaas is dit in al die jaren niet gelukt: acht vrouwelijke tegen drie mannelijke AIOS. Ook in de maatschap delven de mannen bijna het onderspit: vier tegen vier! Met een jonge opleidersgroep, onder leiding van Anneke ten Brinke, draagt iedereen zijn eigen unieke steentje bij aan onze opleiding tot longarts.

Wist je dat:

- *Het MCL het eerste rookvrije ziekenhuis is van Nederland*
- *Fryslân de schoonste lucht heeft*
- *De Elfstedentocht in 1909 voor het eerst als officiële wedstrijd werd gereden*
- *Fryslân sinds 1994 de officiële naam is van Friesland*

Vanaf het begin van de vervolgopleiding wordt iedereen een vast dagdeel ingeroosterd op de behandelkamer. Strijden om aan verrichtingen te komen is er bij ons niet bij. Na drie maanden start je met één dagdeel poli per week, wat de hele opleiding blijft doorlopen, naast alle lopende stages zoals zaal of consulten. Op deze manier leer je vanaf het begin af aan om taken te combineren, net zoals het er later als longarts aan toe gaat. Daarnaast is er binnen het MCL veel ruimte om jezelf te ontwikkelen, op andere terreinen dan medisch-inhoudelijk. Vanuit de MCL Academie wordt dit ondersteund met de zogenaamde opleidingsprofielen, waarbij ondersteuning en financiering wordt aangeboden om je binnen bepaalde domeinen verder te ontwikkelen: medisch leiderschap, wetenschap, onderwijs, ICT of kwaliteit en veiligheid. Ook de maatschap zet hierin zijn beste beentje voor: naast de loopfiets heeft Ralph Koppers de afgelopen jaren visueel patiëntenvoorlichtingsmateriaal ontwikkeld.





Gedurende drie maanden krijgen wij tijd voor wetenschap. In de praktijk betekent dit dat wij worden vrij geroosterd van andere activiteiten om zo aan onze wetenschapsverplichtingen te kunnen voldoen. Deels wordt onderzoek gedaan naar astma, gezien wij een astma expertise centrum zijn, maar ook vele andere onderwerpen passeren hierin de revue. Zoals kwaliteit van leven bij longkanker en de effecten van visuele patiëntvoorlichting. De longfunctiestage duurt bij ons maar liefst zes maanden waarin we worden opgeleid tot ware longfunctie-kanjers. Naast het reguliere onderwijs vindt er tweemaal per jaar een verdiepingsavond plaats bij een van de longartsen thuis. Wij verzorgen het onderwijs aan elkaar, de longarts 'van dienst' kookt voor ons allemaal!

Het MCL is één van de drie astma expertise centra in Nederland. Sinds 2017 is het mogelijk om een verdiepingsstage ernstig astma te volgen, waar menigeen vanuit de omliggende ziekenhuizen gebruik van maakt. Samen met de longarts, psycholoog, maatschappelijk werker, longverpleegkundige

en fysiotherapeut wordt de ernstig astma patiënt in één dag volledig in kaart gebracht en wordt een plan gemaakt.

Het MCL verzorgt de thorax-chirurgische ingrepen met betrekking tot longmaligniteiten in de gehele regio. Samen met onze thoraxchirurgen zijn we verantwoordelijk voor de perioperatieve patiënt op de longafdeling. De overige oncologische zorg is gecentreerd op het Oncologisch Centrum, waar men naast chemotherapie, ook voor immunotherapie terecht kan.

Laagdrempelig contact met iedereen staat hoog in het vaandel. Zo is het een dolle pret op de jaarlijkse kerstborrel samen met alle verpleging, endoscopie verpleging, fysiotherapeuten en poli secretaresses. Alle jonge klaren worden uitgezwaaid met een heerlijk etentje, maar ook spontane vrijdagmiddagborrels met de arts-assistenten onderling gebeuren geregeld! En nu wachten wij met smart op de eerste MCL-long ski-reis die hopelijk in 2019 plaatsvindt!





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

Sjaak Burgers

Geboren: Aalsmeer, 1960

Opleidingskliniek: Academisch Ziekenhuis Utrecht

Huidige kliniek: Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis

Waarom koos je destijds voor de studie geneeskunde, voor de specialisatie longziekten en je aandachtsgebied?

Al van jongs af aan wilde ik dokter worden, terwijl ik op dat moment nauwelijks doorhad wat de studie en het vak inhielden. Aan het eind van de studie wist ik wel dat ik onderzoek wilde doen. Tijdens militaire dienst was dit mogelijk bij de Militaire Bloedtransfusiedienst. Daar is mijn carrière door toeval bepaald. Tijdens mijn promotie ben ik gevraagd de opleiding longziekten te doen. Aan het eind van de opleiding in 1997 werd voor het eerst regulier chemotherapie gegeven voor NSCLC en werd de vraag naar longartsen met oncologische ervaring groot. Met slechts 10 voorgeschreven kuren chemotherapie kon ik mij toen profileren als 'longarts met oncologische ervaring'. Ik kreeg een baan in het Erasmus MC en kon me daar verder specialiseren in de longoncologie.

Ben je actief binnen de NVALT?

Ik ben al vele jaren met plezier voorzitter van de Werkgroep-Sectie Mesotheliomen. We denken binnen de werkgroep over een naamsverandering: Sectie Asbest-Gerelateerde Aandoeningen dekt momenteel de lading veel beter. Zeker nu we ook de spil zijn geworden van de financiële tegemoetkoming voor patiënten met een asbestose en regelmatig om raad gevraagd worden bij asbestexpositie. Dat maakt het werk divers en aantrekkelijk.

Wat zijn je ambities?

Een van mijn nieuwe ambities is om een steentje bij te dragen in de zorg voor een andere weesziekte, het thymoom. Hierbij doel ik op de patiënten met een irresectabele ziekte, die voor systeemtherapie in aanmerking komen. In Nederland heeft naar mijn weten nooit een studie gelopen die zich richtte op deze populatie. Binnenkort start een EORTC-studie met immuuntherapie. Deze heeft echter strenge inclusiecriteria gezien de potentieel zeer ernstige bijwerkingen van immuuntherapie bij het thymoom (b.v. fataal opvlammen van paraneoplastische myasthenie). Ik hoop een tweede studie te kunnen realiseren voor een bredere groep thymoompatiënten, waarbij de grootste uitdaging wordt deze financieel rond te krijgen. Het thymoom is voor de meeste farmaceutische bedrijven namelijk geen doelgroep.

Wat is de grootste verbetering van de laatste 30 jaar binnen de longziekten?

Als longarts met aandachtsgebied oncologie zag ik in 2005 maar heel weinig patiënten na een jaar nog in leven. Op dit moment is het geen uitzondering als patiënten met longkanker, vanaf het moment dat ze zijn 'opgegeven', nog vele jaren mogen leven. De geïndividualiseerde behandelingen en immuuntherapie werken prima. De komende jaren zal veel aandacht moeten uitgaan naar de

optimale combinatie van alle oncolytica. In de hoop dat kosten en andere belangen dan die van de patiënt deze ontwikkelingen niet in de weg staan.

Daarnaast vermeld ik graag de fantastische verbeteringen van de diagnostiek. Zonder veel ophef hebben CT-scans met 3D-reconstructies, PET-scans met vele tracers en binnenkort misschien wel standaard met gelabelde medicamenten en hoog-resolutie videoscopie veel bijgedragen aan de kwaliteit van de zorg.

Neem je het werk mee naar huis?

Natuurlijk neem je soms werk mee naar huis. Letterlijk natuurlijk regelmatig schrijf- en leeswerk, en gelukkig niet al te vaak (meer) de problemen en zorgen van het werk en de patiënten. Nog steeds kan het me verbazen welke intimiteiten en ontboezemingen mensen in de spreekkamer met artsen/mij delen. Blijkbaar straal je (in functie) vertrouwen uit. Aan ons dat niet te beschamen.

Hoe zoek je ontspanning?

Mijn grootste hobby is de filatelie. Filatelie is postzegels sparen (voor de jonge lezers van PulmoScript). Het is momenteel een hobby van de oudere jongere geworden. Een filateliebeurs is een plek waar iedere niet-gepensioneerde zich nog jong kan voelen. Blijkbaar vind ik rust bij het doorzoeken van een dik album vol zegels naar een aanvulling voor mijn verzameling, net als anderen rust vinden bij hardlopen, yoga of luisteren naar All da Smoke van Young Thug, om maar wat te noemen.

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

Met de meeste trots kijk ik terug op onderzoek waar ik van begin tot eind, van idee tot uitvoering tot artikel zelf aan heb gewerkt. Onderzoek staat synoniem aan samenwerken, en dat geeft veel voldoening. Maar de artikelen die zijn voorgekomen uit een eigen idee en vooral door eigen energie (natuurlijk

altijd in samenwerking) tot stand zijn gekomen, maken me het meeste trots. Momenteel is zo een project de NVALT19 studie. Samen met de Sectie mesotheliomen, de Stichting NVALT studies, de KWF, vele onderzoekers en een promovenda proberen we deze studie dit jaar af te ronden.

De NVALT19 onderzoekt het nut van gemcitabine onderhoudsbehandeling na 4 kuren standaard chemotherapie bij mesotheliompatiënten. Reeds 101 patiënten zijn gerandomiseerd. We hebben nog 6 maanden om de resterende 23 te includeren!! Voor de twijfelaars onder de verwijzers: de gemcitabine blijkt in het algemeen goed verdragen te worden door de studiepatiënten en we hebben al enige (onverwacht) lang levenden mogen verwelkomen in de studie.

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

Wagenmaker. Ik kom uit een familie van wagenmakers, die zich hebben opgewerkt tot carrosseriebouwers. Als ik niet was ingeloot voor geneeskunde stond ik nu aan de tekenafel om internationale koel- en hoog-volume transportsystemen te ontwerpen. Voor de lezers die regelmatig in de file staan: let eens op de spatlappen van de vrachtwagens die u voorbij rijdt. Staat er 'Burgers Carrosserie' op, kijkt u naar het handwerk van mijn neef.

Wat is de grootste uitdaging in je werk?

Dat is om iedere keer de juiste keuzes te maken. Chemo- of immunotherapie? Tracheastent of palliatieve sedatie? Actief of expectatief? Congres of patiëntenzorg? Sectievergadering of thuis op de bank? Artikel afschrijven of op tijd thuis voor het eten? Lid van een nieuwe commissie of naar de postzegelbeurs? En dan zo te kiezen dat je op iedere dag tevreden kunt terugkijken en met een gerust hart in slaap kan vallen. De vraag "Wat heb je

voor advies aan jonge collega's" heb ik overgeslagen bij deze enquête en dat heeft alles te maken met de veelheid aan uitdagingen die iedere dag weer door ons aangegaan dienen te worden, waarvoor geen standaard oplossingen zijn. Bij nader inzien kan ik echter wel een advies formuleren: "Kies een hobby waarbij je je prettig voelt en tot rust komt en besteed hier tijd aan."

Hoe zie je de toekomst van het Nederlandse zorgstelsel?

Tot 9 mei zou ik geantwoord hebben: "dat gaat ten onder aan steeds groeiende kosten voor dure medicamenten voor een steeds groter wordende groep (oudere) patiënten". Echter op 10 mei verscheen in Cell (aangehaald in o.a. de Volkskrant de dag erna) werk van mijn collega's uit het AVL, waarbij vorinostat voor een nieuwe indicatie (melanoom) in eigen beheer werd gemaakt. Hiermee kon het sneller en goedkoper (prijs reduceert van \$500 naar \$10/dag) voor studies worden gebruikt. En, wie weet, in de toekomst misschien ook voor reguliere behandeling? Misschien kan de overheid hierop insprijngen en kosten gaan besparen?

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

Ik zou graag eens uit eten willen gaan met Joop van den Ende. De laatste jaren hebben we in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis veel nieuwbouw gepleegd en is het ziekenhuis sterk gegroeid. In deze periode is veel gesproken over uitstraling en behoud van identiteit. Nu lijkt het me fascinerend om met deze specialist bij uitstek tijdens een goed diner (mag ook lunch in het AVL-restaurant) hierover van gedachten te wisselen.

Aan wie mogen wij de volgende keer vragen stellen?

Aan Carl Kluge, longarts in het Slingeland Ziekenhuis te Doetinchem. Ik ben benieuwd hoe het is om te werken in een streek van het land waar ik zelf graag op vakantie ga.

Twee stukken uit mijn verzameling postzegels en kaarten met tabak- en asbest-reclame.



Particulier postwaardestuk met onmiskenbare reclame voor Eternit dakbedekking, verzonden van Märisch-Neustadt naar Schönwald, 31 augustus 1942.

Märisch-Neustadt heet momenteel Uničov en is gelegen in het oosten van Tsjechië. Schönwald gelegen in landkreis Grulich (ook huidige Tsjechië) had in WO II ongeveer 100 inwoners. De aanduiding "Herr Jaider Reimer, Baumeister" was dan ook voldoende om de kaart correct te bezorgen.

De tekst op de achterzijde is helder:

"Grüsse Sie, das bestellte Material baldmöglichst abzuholen. Bitte nicht vergessen!"



Op deze Italiaanse briefkaart uit 1922 worden rokers, "Fumatori", van harte aangeraden te informeren naar de exquisite Zuban sigaret. Apart is dat deze kaart werd gestuurd naar het Wistar instituut. Aldaar is de Wistar rat ontwikkeld, een albino ras dat vaak voor kankeronderzoek werd en wordt gebruikt. Dat Zuban en Zyban qua naam op elkaar lijken zal op toeval berusten.



Samenvatting proefschrift Regina Hofland

Klinische Aspecten van de afweerreactie bij Tuberculose

29 mei 2018 Universiteit Utrecht
Promotor: Prof. dr. J-W.J. Lammers
Copromotoren: Dr. A.W.J. Bossink,
Dr. S.F.T. Thijsen

Tuberculose (TBC) wordt veroorzaakt door één van de bacteriën uit het *Mycobacterium Tuberculosis Complex*, meestal *M. tuberculosis*, en is wereldwijd een belangrijke oorzaak van ziekte en overlijden. De diagnose is regelmatig moeilijk te stellen en het kan lastig zijn een tuberculose infectie (LTBI) van een actieve infectie te onderscheiden. In dit proefschrift richten we ons op verschillende klinische en immunologische aspecten van TBC.

In hoofdstuk 2 van dit proefschrift evalueren we de LTBI screening voorafgaand aan de behandeling met TNF- α remmers in onze klinische praktijk. Bij 11 van de 144 patiënten werd een LTBI vastgesteld, waarvoor profylactische behandeling gegeven werd. Geen van hen ontwikkelde TBC. Twee patiënten zonder aanwijzingen voor een LTBI vóór de start van de behandeling met TNF- α -remmers ontwikkelden wel TBC, van wie één helaas overleed aan meningitis tuberculosa. Het is aannemelijk dat beide patiënten na de start van de behandeling met TNF- α remmers

geïnfecteerd zijn tijdens het reizen naar TBC-endemische landen. Daarom is een belangrijke les van dit hoofdstuk dat we ons bewust moeten zijn van het risico van reizen naar TBC-endemische landen tijdens behandeling met TNF- α remmers.

Hoofdstuk 3 staat in het teken van Interferon Gamma Release Assay's (IGRA) op extra-sanguine lichaamsvloeistoffen. Bij TBC zijn *M. tuberculosis* specifieke T-lymfocyten geconcentreerd op de plaats van de infectie. Het meten van deze lokale *M. tuberculosis* specifieke afweerreactie door middel van een IGRA kan daarom dienen als ondersteuning bij het vaststellen van TBC, maar zoals bekend uit de literatuur is de positief voorspellende waarde (PPV) hiervan vooralsnog beperkt. In hoofdstuk 3a evalueren we een succesvolle benadering om de PPV van deze test te verhogen.

In hoofdstuk 3b van dit proefschrift beschrijven we dat ELISpot de voorkeur lijkt te hebben boven QuantiFERON voor de toepassing op extra-sanguine lichaamsvloeistoffen.

IGRA's zijn ook toepasbaar bij andere aandoeningen dan TBC, waarbij dan andere antigenen kunnen worden gebruikt. Een voorbeeld daarvan is

IGRA met Purified Protein Derivative (PPD) als algemeen mycobacterieel antigeen, waarvan mogelijke klinische toepassingen onderzocht worden in hoofdstuk 3c en 3d van dit proefschrift. In hoofdstuk 3c evalueren we de PPD-specifieke IFN- γ respons in bloed en BAL bij sarcoïdose patiënten in vergelijking met patiënten met andere interstitiële longziekten. In hoofdstuk 3d evalueren we de PPD-specifieke IFN- γ respons in urine- en blaasspoelingsmonsters van patiënten met blaaskanker na behandeling met Bacille Calmette-Guérin (BCG) spoelingen. De resultaten van deze studie bieden aanknopingspunten voor verdere verbetering van de ELISpot PPD techniek.

Het doel van hoofdstuk 4 is het identificeren van potentiële biomarkers om TBC en LTBI van elkaar te onderscheiden. Het is bekend dat de oorspronkelijke IGRA's dit onderscheid niet kunnen maken. In 2015 werd de opvolger van QuantiFERON, QuantiFERON PLUS (QFT-plus), geïntroduceerd, met als belangrijkste verschil een tweede antigeenbuis, waarin behalve een TBC-specifieke CD4⁺ respons (zoals in de eerste antigeenbuis) ook een CD8⁺ respons gemeten wordt. Omdat een CD8⁺ respons vooral geassocieerd lijkt met recente besmettingen en actieve

TBC ontstond de hypothese dat het verschil tussen TB1 en TB2 (als een surrogaat van de CD8⁺ respons) wellicht informatie kan geven over het stadium van de ziekte en dus onderscheid zou kunnen maken tussen TBC en LTBI. Deze hypothese was de aanleiding voor het onderzoek dat beschreven wordt in hoofdstuk 4a, waaruit geconcludeerd kan worden dat ook de QuantiFERON PLUS geen onderscheid kan maken tussen ATB en LTBI. Daarom is het nodig om te zoeken naar andere biomarkers die dit onderscheid wél kunnen maken. Dit was de doelstelling voor het onderzoek dat beschreven wordt in hoofdstuk 4b,

waarin we 40 verschillende cytokines en chemokinen samen met de activiteit van adenosine deaminase (ADA) isozyemen in het serum onderzocht hebben. De concentratie van VEGF, I-309, CRP, IP-10 alsook de activiteit van ADA was significant verhoogd bij de deelnemers met TBC in vergelijking met de deelnemers met LTBI. De combinatie van de I-309 concentratie samen met de ADA-activiteit resulteert in een sensitiviteit en specificiteit van respectievelijk 100% en 80% in het differentiëren tussen de deelnemers met TBC en de deelnemers met LTBI. Deze biomarkers zijn daarom veelbelovend voor verder onderzoek.



U kunt het proefschrift downloaden via www.publicatie-online.nl/publicaties/r-hofland

En ook...

Cursus Medisch leiderschap



Januari jongstleden ben ik samen met een groep longartsen en AIOS longziekten afgereisd naar Vaals om daar ons medisch leiderschap vorm te geven.

Maar wat is medisch leiderschap eigenlijk? Ik denk dan meteen aan managers en bestuurders. Maar in deze cursus wordt duidelijk dat medisch leiderschap te allen tijde en op alle niveaus toepasbaar is.

In ons eigen opleidingsplan staat het volgende over medisch leiderschap genoemd: "Een basisniveau medisch leiderschap is essentieel voor elke arts: leiderschap is nodig om verantwoordelijkheid te nemen en te tonen voor het volledige zorgproces rondom de patiënt. Het volledige zorgproces omvat daarbij meer dan alleen medische vaardigheden." Dus we ontkomen niet aan 'medisch leiderschap' in de dagelijkse praktijk.

De cursus start met een 'carrousel diner', met tijdens elk gerecht andere tafelgenoten. Dit is een erg leuke manier om kennis met elkaar te maken en zorgt voor grappige situaties. Zorg ervoor dat je elkaar goed in de ogen hebt gekeken voordat je gerecht op is!

In de dagen erna maken we kennis met de sfeer van invloed. Hiermee oefenen we hoe mensen elkaar beïnvloeden en hoe je dit bewuster kunt doen. Dus hoe kun je jouw eigen invloed vergroten en anderen enthousiasmeren en motiveren. In dit model staat bovenaan de verticale as 'leiden' en aan de onderzijde 'volgen'. Op de horizontale as vind je aan de rechterkant 'relatie' en aan de linkerkant 'inhoud'. Hieruit volgen 12 beïnvloedingsstijlen en 4 kwadranten ('Goeroes', 'Cowboys', 'Werkers' en 'Helpers'). Alles wordt toegelicht door middel van praktische handvatten en oefensituaties, onder begeleiding van enthousiaste cursusleiders.

De dagen zijn voorbij gevlogen in een leuke en gezellige sfeer, een prachtige omgeving en genoeg input om mee naar het werk te nemen en toe te passen in de praktijk. Een aanrader om aan deel te nemen, voor longartsen en AIOS, dus schrijf je in voor 2019!

Wendy Lajen, AIOS longziekten MCL

Prof. Dr. Jules van den Bosch

Symposium VI: 'Granulomatous diseases of the chest'

Op 11 januari vond alweer met groot succes het zesde jaarlijkse Jules van den Bosch Symposium plaats in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. De laatste jaren leek er binnen de interstitiële longziekten met name een focus te liggen op pulmonale fibrose, maar op deze dag werd duidelijk dat er binnen de groep van granulomateuze interstitiële longziekten de afgelopen jaren ook zeer interessante en relevante ontwikkelingen plaats hebben gevonden.

Het programma bestond uit een mooie selectie van nationale én internationale sprekers die ons meenamen langs boeiende nieuwe inzichten in de pathogenese, diagnostiek en behandeling van granulomateuze ziektebeelden.

De dag werd voorgezeten en ingeluid door professor dr. Jan Grutters, waarna in de ochtend professor dr. Marjolein Drent en professor dr. Jan-Willem Lammers als voorzitters optraden en in de middag dit gedaan werd door dr. Coline van Moorsel en drs. Pascal Wielders.

Het startschot voor de eerste presentatie werd gegeven en het was meteen raak: helemaal vanuit Japan overgekomen kwam professor dr. Yoshinobu Eishi ons in Nieuwegein vertellen over de bacterie *Propionibacterium acnes* als veroorzaker van sarcoïdose. Hij nam ons mee in de boeiende hypothese dat sarcoïdose beschouwd kan worden als een aandoening die veroorzaakt wordt door een complexe interactie tussen infectie, immuniteit en een allergische reactie.

Onder zijn leiding zijn er in Japan verscheidene studies gedaan die laten zien dat er drie opeenvolgende situaties essentieel zijn voor het ontstaan van sarcoïdose. Als eerste veroorzaakt *P. acnes* een latente infectie in de longen en lymfeklieren. Door verscheidene omgevingsfactoren, zoals vermoeidheid, stress en leefgewoonten van de host wordt deze slapende bacterie intrinsiek getriggerd. Als derde reactie ontstaat er een Th1 immuunrespons tegen de intracellulaire proliferatie van *P. acnes* waardoor de granulomen ontstaan.

Vervolgens ging de ochtend verder met een 'state of the art' presentatie over pulmonale sarcoïdose, gegeven

door professor dr. Antje Prasse (longarts Medizinische Hochschule Hannover). Ze liet zien dat er in de praktijk een grote verscheidenheid is aan de manier waarop sarcoïdose zich presenteert. De hoogste diagnostisch opbrengst is te verkrijgen door een BAL met slijmvliesbiopten én een EBUS te combineren. Bij de behandeling met immuunsuppressiva is het belangrijk om bedacht te zijn op het optreden van infecties.

Dr. Daniel Culver, Director of the Interstitial Lung Disease Program Cleveland Clinic én president-elect van de WASOG gaf een zeer verhelderende presentatie over nieuwe inzichten in de diagnostiek en behandeling van cardiale sarcoïdose. Daarbij benadrukte hij voorzichtig te zijn met het stellen van deze moeilijke diagnose enkel en alleen op de PET, maar de MRI te gebruiken complementair hieraan om de diagnose meer zeker te maken. Daarnaast is het zien van late enhancement op de MRI ook geassocieerd met een slechtere prognose.

De ochtend werd geheel in stijl afgesloten met een casus gebracht vanuit een mini-MDO, bestaande uit drs. Frouke van Beek (longarts ILD Expertisecentrum St. Antonius), drs. Jaqueline Luyendijk (fellow ILD radiologie St. Antonius Ziekenhuis) en dr. Matthijs van Oosterhout (patholoog St. Antonius Ziekenhuis), waarbij een hypertrofische cardiomyopathie uiteindelijk als uiting van een cardiale sarcoïdose bij een patiënt met bewezen extracardiale sarcoïdose naar voren kwam; altijd even aan denken dus!

Dr. Marcel Veltkamp (longarts ILD Expertisecentrum St. Antonius Ziekenhuis) gaf ons een mooi overzicht van de pathofysiologie, diagnostiek en behandeling van extrinsieke allergische alveolitis (EAA). Interessant is dat er bij patiënten met een chronische EAA een associatie gevonden is tussen het MUC5B gen, de lengte van telomeren en een slechtere overleving. Dit komt overeen met wat je ziet bij patiënten met IPF. Dat suggereert dat deze twee ziektebeelden overeenkomsten delen in hun onderliggende pathofysiologie en dat patiënten met chronische EAA wellicht baat hebben bij een behandeling met fibroseremmers.



Sprekers Prof. Jules van den Bosch Symposium IV, 11 januari 2018, St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein

Dr. Helen Leavis (internist-klinisch immunoloog UMC Utrecht) vertelde over een zeldzamere granulomateuze ziekte: Granulomatous Lymfocytic ILD (GLILD). Dit ziektebeeld wordt gezien bij patiënten met een Common Variable Immunodeficiency (CVID) en wordt gekenmerkt door een restrictieve longfunctie met verlaagde diffusiecapaciteit en radiologisch een beeld van consolidaties, ground glass en reticulatie. Daarnaast is er in het laboratoriumonderzoek een verlaagd aantal CD3⁺ en CD8⁺ cellen en een verhoogd aantal T-memory cellen te zien. De eerstelijnsbehandeling bestaat uit corticosteroiden, dit laat echter bij een verder gevorderd stadium van de ziekte (fibrose?) vaak onvoldoende respons zien. Consensus over een tweedelijnsmiddel is er nog niet en moet dit dan mét of zonder prednison gegeven worden? De antwoorden liggen wellicht in de toekomst, meer onderzoek hiernaar is onderweg.

Dr. Godelieve de Bree (infectioloog en klinisch immunoloog Academisch Medisch Centrum Amsterdam) nam ons mee in de wereld van chronische granulomateuze ziekte. Een ziektebeeld dat gekenmerkt wordt door zowel een infectieuze als een inflammatoire component, waarbij de long vaak het meest aangedane orgaan is. De overleving van de patiënt is gecorreleerd aan het aantal functionele neutrofielen. Zouden we dit vaker moeten bepalen, bijvoorbeeld bij patiënten met sarcoïdose die regelmatig infecties hebben?

De dag eindigde met een spectaculaire casus, opnieuw verzorgd door het lokale mini-MDO. Een patiënte met een chronische EAA is progressief onder tweedelijns immunosuppressiva. Met een myelodysplastisch syndroom (MDS) in de voorgeschiedenis werd er gedacht aan een telomeropathie en werd een TERT-mutatie gevonden. Take home message: denk bij patiënten met een beeld van longfibrose met levercirrose en/of MDS aan een telomeropathie! De vraag blijft vervolgens nog, hoe we dit gaan behandelen; met immunosuppressiva, fibroseremmers of beiden? Toekomstig onderzoek zal ons hopelijk antwoord gaan bieden op deze vraag.

Kortom, het was een prachtige dag met vele nieuwe internationale inzichten in de wervelende wereld van granulomateuze ziekten. Ik kijk al uit naar volgend jaar!

Babette Brantenaar, longarts en fellow ILD,
Expertisecentrum St. Antonius Ziekenhuis

ILD Master Class: 'Adembenemende geneesmiddelen'

Op vrijdag 9 maart 2018 werd in het Akoesticum in Ede wederom een masterclass interstitiële longaandoeningen (ILD) georganiseerd door de ILD care foundation. Onder de titel 'Adembenemende geneesmiddelen' werd in samenwerking met het ILD expertisecentrum van het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein en Bijwerkingencentrum Lareb een overzicht gegeven rondom diagnostiek, behandeling en follow-up van door medicijnen-geïnduceerde ILD.

Verschuilde aspecten van door medicatie veroorzaakte ILD kwamen aan bod.



Professor Johny Verschakelen uit Leuven besprak de diverse ILD-patronen op HRCT. De diagnose van door medicatie geïnduceerde longaandoeningen is moeilijk. Dit heeft te maken met de veelal aspecifieke klinische en radiologische presentatie.

Geneesmiddelen kunnen de long rechtstreeks of via een immuungemedieerde reactie beschadigen. Dit proces kan snel maar ook langzaam verlopen. De thoraxfoto maar vooral CT kunnen behulpzaam zijn om de reactie van de long op deze beschadiging op te sporen en te karakteriseren. Deze beelden zijn echter niet specifiek. Acut en subacuut ontstane afwijkingen kunnen het gevolg zijn van oedeem, bloedingen, organiserende pneumonie en eosinofiele pneumonie. De afwijkingen kunnen beperkt maar ook uitgebreid zijn. Bij het zien van een dergelijk beeld op een CT-onderzoek dient dan ook nagegaan te worden of de medicatie die patiënt neemt mogelijk verantwoordelijk is. Bij sommige geneesmiddelen is de veroorzaakte longbeschadiging chronisch en kan deze aanleiding geven tot het ontstaan van chronisch (fibroserend) interstitieel longlijden. Het CT-beeld dat dan ontstaat kan de kenmerken hebben van een niet-specifieke interstitiële pneumonie (NSIP) een hypersensitiviteitspneumonie (HP) of een usual interstitial pneumonia (UIP) en kan soms zelfs lijken op een granulomateuze aandoening, zoals sarcoïdose. Hierom is het belangrijk deze patiënten te bespreken binnen een multidisciplinair overleg.

Naomi Jessurun, ziekenhuisapotheker en verbonden aan bijwerkingencentrum Lareb, verduidelijkte de wereld van bijwerkingen en risico's van het gebruik van geneesmiddelen in de dagelijkse praktijk. Lareb is het Nederlandse meld- en kenniscentrum voor bijwerkingen van geneesmiddelen. Hier signaleert men risico's van het gebruik van geneesmiddelen en genereert en verspreidt men kennis hierover. Dit doen zij door informatie over bijwerkingen bij elkaar te brengen. Bijwerkingen kunnen zowel door patiënten als zorgverleners gemeld worden via het elektronische meldformulier op de website*. Daarnaast wil Lareb het melden van bijwerkingen vergemakkelijken door het melden via een bijwerking-mailadres in ziekenhuizen. Tevens hield zij een pleidooi voor het gebruik van de Lareb app om het hele proces van melden te vergemakkelijken en daarmee bijwerkingen sneller inzichtelijk te krijgen. Ook probeert Lareb de registratie van bijwerkingen in elektronische patiëntdossiers te verbeteren. Lareb ontvangt per jaar 10-20 meldingen van door geneesmiddelen-geïnduceerde ILD. Inmiddels is er bij gebruik van circa 90 middelen een ILD gemeld bij Lareb. In de top 10 staan veelal middelen waarvan bekend is dat zij deze aandoeningen kunnen veroorzaken, zoals nitrofurantoïne, amiodarone, methotrexaat en bleomycine. Samen met het ILD expertisecentrum in Nieuwegein is er een project gestart om de door geneesmiddelengeïnduceerde reacties in de long goed in kaart te brengen.

In het programma was ook aandacht voor prijsvorming en problematiek rondom vergoedingen van add-on medicatie. Ingewikkelde materie die zich afspeelt achter de handtekening voor bijvoorbeeld een recept met een biological.

Naast de drug-induced ILD was er aandacht voor vitamine K en de invloed hiervan op door bloedingen veroorzaakte ILD's. Het ijzer in hemoglobine wordt gezien als een mogelijke oorzaak van longschade. Door radicaalvorming bij de oxidatie van het geaccumuleerde ijzer zou uiteindelijk irreversibele longschade kunnen ontstaan. De rationale voor vitamine K suppletie is het voorkomen van kleine bloedingen en ijzerstapeling in longweefsel door een relatief tekort (door bijvoorbeeld antibiotica, antistolling of schimmelcontact) en daarmee - te voorkomen.

Ook was er aandacht voor patiënten-ervaringen. Een sarcoïdosepatiënt met een invaliderende hoest nam ons mee in zijn wetenschappelijke zoektocht naar behandeling zonder steroïden en/of andere immunosuppressiva. Het resultaat van zijn zoektocht was quercetine. Quercetine behoort tot de klasse flavonoïden. Deze natuurlijke kleurstof komt wijdverspreid voor in het plantenrijk en daarmee ook in de voeding, maar is ook als voedingssupplement bij drogist verkrijgbaar. Dosering van een gram quercetine per dag oraal leidde bij de patiënt tot het verdwijnen van zijn hoestklachten en verbetering van de afwijkingen op de thoraxfoto. Aansluitend werd aandacht besteed aan het effect van toevoegen van dergelijke voedingssupplementen aan bijvoorbeeld corticosteroïden. Aangetoond is dat dan de dosering van bijvoorbeeld prednison verlaagd kan worden met hetzelfde effect. Dat heeft enorm veel voordelen aangezien dan ook de mate van optredende bijwerkingen

kan worden gereduceerd. Professor Marjolein Drent en professor Aalt Bast gaven een overzicht over de werking van zuurstofradicalen en antioxidanten als mogelijke verklaring op cellulair niveau van dit preparaat.

De middag werd afgerond met casuïstiek. Het is altijd de moeite waard om te zien dat iedereen regelmatig aan het worstelen is met ILD, zowel betreffende de oorzaken als de behandeling.

Kortom: een inspirerende ILD Master Class, met wederom andere aspecten van deze intrigerende longaandoeningen.

Bart Kuipers, longarts Isalakinieken Zwolle, aandachtsgebied ILD, satelliet ErasmusMC ILD centrum

* www.lareb.nl



Deelnemers Masterclass 'Adembenemende geneesmiddelen' 9 maart 2018, Akoesticum in Ede.

Een heugelijke dag in het VU medisch centrum

het vierde Pulmonale Hypertensie Lustrum & de oratie van prof. dr. H.J. Bogaard

Pulmonale hypertensie (PH) was lang een onbekende aandoening waar geen behandeling voor beschikbaar was. De gemiddelde levensverwachting na het stellen van de diagnose van de vaak jonge patiënten was maximaal 3 jaar. Tot 20 jaar geleden dr. Anco Boonstra samen met physician assistant Martha Wagenaar startte met de experimentele behandeling epoprostenol bij patiënten met idiopathische pulmonale arteriële hypertensie, toen bekend als primaire pulmonale hypertensie. Patiënten lagen zo'n drie weken opgenomen om dit zeer sterk vasodilerende middel, dat continu intraveneus werd toegediend, voorzichtig op te starten. Nu, twintig jaar later, is het medicinale arsenaal uitgebreid met verschillende orale medicamenten (PDE-5-remmers, endotheline-antagonisten, selexipag) en wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen primaire – en secundaire pulmonale hypertensie, maar is er een classificatie bestaande uit vijf hoofdgroepen die weer verder kunnen worden uitgesplitst. Ook in het VU medisch centrum is in twintig jaar veel veranderd. Hoewel de artsen en verpleegkundigen van het eerste uur nog steeds werkzaam zijn, is het behandelend team met vier pulmonale hypertensie artsen, een cardiothoracaal chirurg, drie radiologen en twee cardiologen flink uitgebreid. Ook op wetenschappelijk vlak heeft men in het VU medisch centrum niet stil gestaan. Prof. dr. Anton Vonk Noordegraaf heeft in bijna twintig jaar tijd een groot team onderzoekers om zich heen verzameld en heeft met zijn onderzoek naar de rol van de rechter ventrikel in pulmonale hypertensie, internationaal aanzien verworven. Dat zijn team van onderzoekers niet heeft stil gezeten blijkt uit de recente benoeming van een tweede hoogleraar met als aandachtsgebied de longcirculatie: prof. dr. Harm Jan Bogaard. Met dit vierde lustrum van de pulmonale hypertensie zorg in het VUmc en de benoeming van een nieuwe hoogleraar was er genoeg reden voor een feestje. Op 1 juni jl. vond daarom de lustrumdag voor patiënten, familieleden, geïnteresseerden en zorgverleners plaats waarna aansluitend prof. dr. Harm Jan Bogaard zijn oratie uitsprak.



Martha Wagenaar (linksonder) en Anco Boonstra (rechts) met de eerste epoprostenolpomp.

Lustrum

Voor patiënten en hun familieleden waren verschillende sessies georganiseerd. Zij kregen een inkijkje in het dagelijks leven van hun behandelaren, werden aan de tand gevoeld over hun kennis betreffende PH door middel van een Petje-op, Petje-af quiz, zagen wat er in het laboratorium gebeurt met hun afgestane lichaamsmateriaal en bezochten een expositie over pulmonale hypertensie zorg door de jaren heen. Tijdens de expositie werden voor patiënten zeer smakelijke en verantwoorde hapjes geserveerd (zoutloos). - Dit was een initiatief van twee (ex-)patiënten; de één diëtist, de ander topkok.

Het parallel programma bestond uit een wetenschappelijk symposium voor NVALT leden en overige geïnteresseerde zorgprofessionals. Tijdens deze bijeenkomst kwamen viertal sprekers aan het woord over uiteenlopende onderwerpen. Alle wel met een link naar de pulmonale hypertensie en de oratie van die middag. Opvallend was dat elke spreker stil stond bij de ontwikkeling in kennis door de jaren heen, vooral op basis van onderzoek verricht in het VUmc.

Prof. dr. Norbert Voelkel, tot voor kort gelieerd aan de universiteit van Richmond, ging allereerst in op de overeenkomsten tussen pulmonale arteriële hypertensie (PAH) en maligniteiten. Hij ging hierbij in op de rol van de onregelde wondherstelmechanismen in ziekte, waarbij pulmonale vasculaire endotheel cellen hyper proliferatief en apoptose resistent zijn (1). Drs. Esther Nossent, longarts VUmc, ging in op de vooruitgang in kennis over de histopathologie in PH. Zij liet zien dat de histologie lang niet zo eenduidig hoeft te zijn als het klinisch beeld lijkt. Zo kunnen patiënten gediagnostiseerd met een idiopathische pulmonale arteriële hypertensie ook veneuze afwijkingen hebben, en kan een patiënt met veno-occlusive disease een histopathologisch beeld van een idiopathische PAH hebben. Dr. Frances de Man, associate professor die kortgeleden de prestigieuze VIDI-beurs wist binnen te halen, zette uiteen welke rol de neurohormonale activiteit speelt binnen PH. Ondanks een recente studie die negatieve resultaten liet zien na bisoprolol behandeling, gepubliceerd in het European Respiratory Journal, lijkt er hoop te zijn voor bèta-blokkade in de behandeling van patiënten met PAH, mits de juiste patiënt wordt geselecteerd. Als afsluiting kwam professor Anton Vonk Noordegraaf aan het woord over pionierswerk verricht door wetenschappers als Fleming en Boerhaave, en specifiek over rechter ventrikel adaptatie bij patiënten met PH.

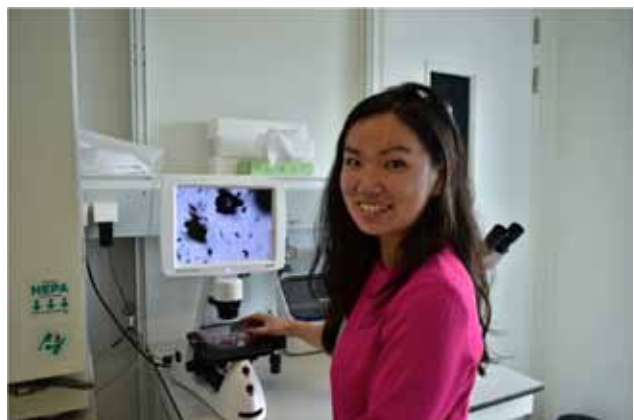
Oratie professor Harm Jan Bogaard: Met hartstocht elke ademtocht. Voor een leven lang longen met cardiovasculair perspectief.

Na de lustrumviering vertrok het gezelschap van zorgprofessionals, patiënten, onderzoekers en andere geïnteresseerden naar de aula van de Vrije Universiteit waar prof. dr. Harm Jan Bogaard zijn oratie uitsprak en daarmee de leerstoel experimentele longgeneeskunde aannam. Dualiteit was het thema dat als rode draad door deze oratie liep, iets wat tevens een belangrijk onderwerp in de carrière van de nieuwe professor is. De eerste dualiteit waar Bogaard over sprak is de dualiteit tussen ventilatie en perfusie. - In het geval van inspanning of leven op hoogte lijkt meer perfusie gunstig te zijn, Bogaard liet echter in zijn onderzoek zien dat in deze extreme gevallen geldt "more is less".

In aansluiting op de presentatie van prof. dr. Voelkel werd de dualiteit tussen apoptose en proliferatie van endotheel in PH belicht. Uiteraard werd gesproken over de dualiteit tussen het rechter ventrikel en de pulmonale circulatie in het onderzoek naar, maar ook de behandeling van pulmonale arteriële hypertensie.



Links professor Bogaard, rechts Chermaine Kwant (voormalig patiënt en diëtiste)



Xue Manz, PhD-student, toont patiënten een van haar flow-experimenten die zij gebruikt in haar onderzoek naar chronische trombo-embolische pulmonale hypertensie



Professor Bogaard wordt tijdens het symposium bedankt voor Frances de Man

Op naar het volgende lustrum

In zijn oratie besloot professor Bogaard dat er nog veel te ontdekken valt op het gebied van pulmonale hypertensie. Het VUmc Pulmonale Hypertensie kenniscentrum zal daarom ongetwijfeld over vijf jaar een volgend lustrum kunnen bijschrijven.

Referenties;

1. Voelkel NF, Gomez-Arroyo JG, Abbate A, et al. Pathobiology of pulmonary arterial hypertension and right ventricular failure. *Eur Respir J* 2012; 40: 1555–1565
2. van Campen JSJA, de Boer K, van de Veerdonk MC, et al. Bisoprolol in idiopathic pulmonary arterial hypertension: an explorative study. *Eur Respir J* 2016; 48: 787-796



Professor Bogaard hoort na het uitspreken van zijn oratie de laudatio aan

Vakantiesluiting kantoor

Het secretariaat van de NVALT is gesloten
van 2 t/m 11 augustus



Wij wensen u een fijne vakantie toe!

Kandidaat-leden



Jos Frencken
AIOS Longziekten
Erasmus MC Rotterdam



Nina Janssen
AIOS Longziekten
MUMC Maastricht



Vivienne Kahlmann-Poelstra
AIOS Longziekten
Erasmus MC Rotterdam



Denise Kelder
AIOS Longziekten
Jeroen Bosch Ziekenhuis
's- Hertogenbosch



Timothy van de Lisdonk
AIOS Longziekten
Catharina Ziekenhuis,
Eindhoven



Tessa Pletting
AIOS Longziekten
HagaZiekenhuis 's-Gravenhage



Louise de Swart
AIOS Longziekten
Rijnstate Arnhem

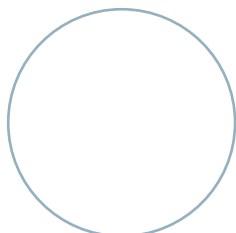


Marit van Wijk
AIOS Longziekten
Rijnstate Arnhem



Uraujh Yousaf-Kahn
AIOS Longziekten
Amphia Ziekenhuis Breda

Nieuw benoemde longartsen



Eva Lamboo
opgeleid in
Noordwestziekenhuizengroep,
Alkmaar



Marthe Paats
opgeleid in
Erasmus MC, Rotterdam



Berber Piet
opgeleid in
OLVG, Amsterdam



Rein Posthuma
opgeleid in
Maastricht Universitair Medisch
Centrum, Maastricht



Mart Schiefer
opgeleid in
Zuyderland Medisch Centrum,
Heerlen



Ruben Zaal
opgeleid in
Canisius-Wilhelmina
Ziekenhuis, Nijmegen

Senior leden



Kees Hensing
Isala Diaconessenhuis, Meppel

Wijzigingen in uw persoonlijke gegevens kunt u doorgeven op uw persoonlijke pagina op de website. Overige wijzigingen zoals bv het einde van uw opleiding of het omzetten van uw lidmaatschap in een senior-lidmaatschap kunt u mailen naar secretariaat@nvalt.nl.

Enkele belangrijke data

- | | | |
|-------------|---|--|
| 2018 | <ul style="list-style-type: none">• Van Hippocrates tot datadriven dokter, Utrecht•  Najaarscongres• ERS, Parijs• WCLC, Toronto, (CA)• ESRS, Bazel (CH)•  Hermesexamen, Utrecht• ACCP/CHEST, San Antonio, Texas (US)• LUNG, Amsterdam• ESMO, München (DE)• Union Against Tuberculosis and Lung Disease, in Den Haag•  Bronkhorst Colloquium, Veldhoven | 4 september
6 t/m 7 september
15 t/m 19 september
23 t/m 26 september
25 t/m 28 september
6 oktober
6 t/m 10 oktober
18 oktober
19 t/m 23 oktober
24-27 oktober
22 t/m 24 november |
| 2019 | <ul style="list-style-type: none">• Slaapcursus der Lage Landen deel 1 voor Artsen, Antwerpen•  Bronkhorst Colloquium, Blankenberge (BE)•  Week van de Longen• Sleep & breathing Marseille (FR) | 10 t/m 12 januari
7 t/m 9 februari
8 t/m 11 april
11 t/m 13 april |

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