

PulmoScript

Jaargang 30 ♦ juni 2019 ♦ 2



- ♦ Longarts in de tropen
- ♦ Werkbelasting longartsen
- ♦ Bronchoscopie trainingsprogramma

Inhoud

Voorwoord	5
Bestuur	
• Vanuit het bestuur	
o Voorzitter en secretaris	6
o Hoogtepunten ALV 9 april 2019	8
Commissies en Secties	
• Commissie Visitatie: 'Werkbelasting longartsen'	10
• Concilium: Monique Rijers	11
• Sectie Assistenten	13
• Sectie Pulmonologie interventies:	18
• Sectie Asbestgerelateerde Aandoeningen:	25
• Sectie Oncologie: SONCOS normeringsrapport	27
Cover	
• Longarts in de tropen	28
• Stage in de tropen	30
In de kijker	
• Opleiding: HagaZiekenhuis, Den Haag	33
• Verdiepingsstage: Medisch Centrum Leeuwarden (MCL)	35
• Jonge Klare: Marieke Drijver	37
Rubrieken	
• Pulmonaal portret: Olga Schuurbijs	38
• Nieuwe hoogleraar: Harry Heijerman	40
En verder:	
• Miel Wouters ontvangt Swieringa penning	42
• Frank Smeenk vicevoorzitter CGS	44
• Enquête Longembolieën	47
Personalia	50
Congresagenda	52



Colofon

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

Secretariaat NVALT en
Redactie PulmoScript

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



Redactieraad:

Peter Kunst
Lisette Kunz
Wilma Vlug

RECTIFICATIE

In de vorige PulmoScript staat abusievelijk de verkeerde auteur vermeld van het verslag van de Studiedagen VvAWT. Dit verslag is geschreven door Nelleke Koedoot

Uiterste datum voor insturen kopij

nr. 3: 15 augustus 2019

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.

Concept en vormgeving

Stijl C, Lelystad
www.stijlc.nl

Drukwerk

Drukkerij Boonen, Hamont
www.drukkerijboonen.be

Verzending

Vogelaar, IJsselstein

ISSN 0925-4749



Werkdruk

Beste lezers,

Tweede PulmoScript nieuwe stijl, hopelijk vindt u het goed gelukt. In dit nummer ook weer verschillende onderwerpen die de moeite waard zijn. Echter, er is één onderwerp wat (misschien) extra aandacht behoeft: het betreft de werkbelasting van longartsen. Zoals u ziet in dit nummer is er een ingezonden brief van de Commissie Visitatie Longziekten die duidelijk uitlegt wat er speelt.

Laten we de historie eens bekijken. Al in 1999 stond er een artikel in Trouw over werkdruk onder artsen. Toen werd er opgemerkt dat artsen tussen 40 en 45 jaar kampen met verschijnselen van burn-out. Oorzaken lagen in toenemende werkdruk, angst voor fouten, conflicten, vergrijzing en financiële (on)zekerheid. Reden voor verzekeraars om hun arbeidsongeschiktheid premie met 30% te verhogen.

In 2015 volgde het Nationaal Welzijnsonderzoek van de VvAA waarin werd vermeld dat ziekenhuizen geen beleid hebben omtrent het verlagen van risico op burn-out bij medisch specialisten. Vorig jaar waren de jonge specialisten in het nieuws. Eén op de vijf jonge dokters heeft burn-out klachten, dit onder meer door verhoging van de werkdruk (met name door uitval van aios en weinig of geen opvulling). En dan nu de signalen van onze eigen beroepsgroep, waarbij de stijging van patiënten-aantallen en extra voorbereidingstijd vanwege het gebruik van het EPD een paar van de oorzaken zijn van de toegenomen werkdruk. Hoe gaan we als beroepsgroep met deze signalen om? Waar gaan we samen op inzetten? Om dit aan te pakken is een reorganisatie zowel op logistiek als op financieel plan noodzakelijk. Willen we dit samen oppakken, of laten we iedereen het wiel zelf uit vinden? Ik weet mijn antwoord wel, maar ben benieuwd naar de uwe.

Veel leesplezier!

Peter Kunst



Van de voorzitter...

Privacy

Beste collega's,

Zoals bekend verondersteld gaan wij ons als NVALT de komende tijd verder richten op Concentratie en Spreiding van Zorg. De hieruit voortkomende herindeling van het longgeneeskundige landschap zal gepaard moeten gaan met intensieve samenwerking en gegevensuitwisseling tussen de verschillende zorginstellingen, waarbij het uiteindelijke doel is om de juiste zorg voor de juiste patiënt op de juiste plaats te bewerkstelligen.

Er gaat tegenwoordig echter geen dag voorbij waarin ik geen mails over patiënten krijg waarvan de inhoud blijkbaar nog enige minuten voor mij verborgen moet blijven, om redenen van privacy en het minimaliseren van de kans op een datalek. Na een aantal handelingen die al spoedig de irritatiegrens overschrijden (codes opvragen, die codes invullen, aangeven dat ik toch echt diegene ben waarvoor de mail bedoeld is enzovoorts) kan het bericht zich dan eindelijk voor mij ontvouwen. In de mails staat ook nog af en toe vermeld dat de patiënt toestemming heeft gegeven om de mail te versturen. Tevens is opvallend dat schijnbaar landelijk is afgesproken dat elk ziekenhuis weer met een andere invulling van gegevensbeveiliging komt, afgaande op de vele door de Raden van Bestuur in het leven geroepen soorten versleutelde berichten die jullie en ik inmiddels hebben ontmoet. De rationale achter deze toename van ogenschijnlijk nutteloze handelingen (we wilden naar vermindering van de administratielast toe, weten jullie nog?) is bescherming van de privacy van de patiënt. Los van de vraag of 'de' patiënt daadwerkelijk op deze vorm van bescherming zit te wachten, kunnen we ons afvragen hoe de juridische basis van deze maatregelen er dan precies uitziet. Voor het beantwoorden van deze vraag moeten we de relevante wetten/documenten raadplegen, zoals de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst) en natuurlijk de AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming), vastgesteld in het Europees parlement op 27 april 2016.

Laten we eens beginnen met bestudering van de WGBO. Al snel kunnen we dan concluderen dat het idee dat de patiënt altijd expliciet toestemming moet geven voor gegevensuitwisseling een misvatting is: die toestemming is er namelijk al. Conform de WGBO heeft de patiënt namelijk wettelijk gezien al ingestemd met juiste, verantwoorde zorg en die zorg mag en moet waar nodig zonder oponthoud plaats kunnen vinden door samenwerking tussen meerdere zorgverleners.

Dan de AVG: Thans horen we bijna dagelijks dat onze gegevensuitwisseling wel 'AVG-proof' moet zijn. Wie de moeite neemt om het lijvige AVG document* door te worstelen zal vaststellen dat er in dit document niets vermeld staat over de wijze waarop gegevens van een patiënt moeten worden gedeeld tussen collega's, die voor goede netwerkzorg onder andere gebruik maken van bespreking in een MDO, mails of een WhatsApp bericht. Ook is in de AVG niet terug te vinden dat de patiënt hiervoor



altijd om toestemming moet worden gevraagd, in overeenstemming dus met de WGBO. Indien wordt gehandeld in het belang van de patiënt, is er dus blijkbaar juist veel geoorloofd, ook zonder expliciete toestemming. Sterker nog, bij het vooropstellen van het patiëntbelang zijn we zelfs verplicht om, als de situatie daarom vraagt, zo spoedig en efficiënt mogelijk een collega te raadplegen, ook als dat inhoudt dat die raadpleging geschiedt middels het versturen van een WhatsApp bericht vanaf het voetbalveld of schoolplein. Zorgaanbieders moeten te allen tijde samen kunnen werken om de patiënt goede en veilige zorg te bieden. De AVG vereist slechts dat er een gedegen verantwoording is voor het uitwisselen van patiëntgegevens. Zoals Haiko Bloemendal en Jolanda van Boven in het zeer lezenswaardige artikel in Medisch Contact van januari 2019 terecht stellen*: Het gaat bij gegevensoverdracht steeds om 'need to know' en niet om 'nice to know'. Toestemming van de patiënt is slechts nodig als de wet dat expliciet vereist, zoals bijvoorbeeld het geval is bij het delen van gegevens voor onderzoeksdoeleinden (WMO).

Het punt dat overeind blijft, is dat het (digitaal) uitwisselen van gegevens veiliger en beter kan en moet. Zorginstellingen kiezen verschillende oplossingen die niet goed met elkaar compatibel zijn, waarbij we ook niet bepaald gebaat zijn bij verschillende EPD's die niet met elkaar kunnen communiceren. Gelukkig heeft de minister voor medische zorg en sport beterschap beloofd en de uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorginstellingen hoog op de politieke agenda gezet. Regels zijn nodig, maar ontregelen net zo zeer.

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

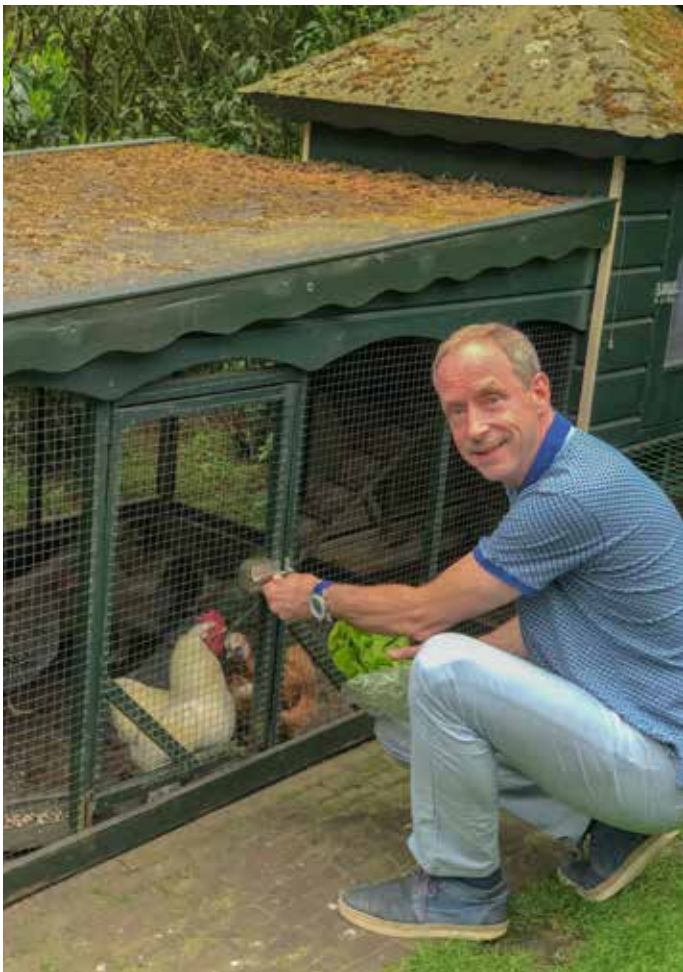
Leon van den Toorn, BIG 19043380301

* Te vinden op de NVALT website 'nieuws en agenda' 28 juni

Van de secretaris....

In maart dit jaar mocht ik mijn eerste bestuursvergadering meemaken als nieuwe secretaris van de NVALT. Hoe kwam ik daar? Met de trein, maar vooral omdat mijn voorganger Thomas Macken mij in december 2018 gebeld had met de vraag of ik hem wilde opvolgen. Ik had daar - waarschijnlijk net als u - eerder niet bij stilgestaan, maar nadat hij mij had uitgelegd wat de functie zoal inhoudt, leek het mij een mooie uitdaging op hem op te volgen als secretaris. De functie sluit goed aan bij de ervaringen die ik de afgelopen 7 jaar heb opgedaan als medisch manager in het St. Antonius Ziekenhuis. In februari kreeg ik een uitgebreide overdracht van mijn voorganger en zo belandde ik in maart aan de bestuurstafel in Den Bosch.

Vanuit de ervaringen opgedaan bij o.a. de Longdagen en bij de werkzaamheden binnen de Commissie Visitatie Longziekten, was me al duidelijk geworden dat de NVALT langzamerhand een professionele organisatie is geworden, waarvan het secretariaat met Trudy, Constance, Wilma en Noortje de spil is. Deze professionaliteit bleek ook uit de grondige wijze waarop Trudy de vergadering had voorbereid. Tal van onderwerpen kwamen (en komen) aan bod – deels onderwerpen waarmee u ook bijna



dagelijks te maken heeft en deels onderwerpen waarmee weliswaar slechts enkele collega's te maken hebben, maar voor wie de NVALT ook de belangen behartigt. Twee onderwerpen wil ik hier apart benoemen: 1) concentratie en spreiding van zorg en 2) de toenemende werkdruk van (long)artsen.

Over concentratie en spreiding van zorg heeft mijn voorganger Thomas Macken eerder al een mooi artikel geschreven in Medisch Contact. Het bestuur van de NVALT heeft de verschillende secties gevraagd om kwaliteitscriteria op te stellen voor concentratie en spreiding van zorg en naar verwachting zullen de meeste secties die criteria dit najaar geformuleerd hebben. Het doel van concentratie is om optimaal gebruik te maken van expertise; spreiding heeft tot doel om zoveel mogelijk zorg juist zo dicht mogelijk bij de (woonplaats van) de patiënt te realiseren. Op die manier ontstaan voor verschillende aandoeningen expertisecentra en behandelcentra. Het spreekt voor zich dat de verzekeraars zeer geïnteresseerd zijn in deze ontwikkeling. Overigens accepteren de verzekeraars dat de NVALT geen 'lijstjes' gaat aanleveren, maar alleen criteria. De verzekeraars begrijpen dat criteria voor toetsing voor het afsluiten van zorgcontracten beter door de beroepsgroep (de professionals) kunnen worden opgesteld, dan door de verzekeraars zelf.

Elders in dit nummer van PulmoScript vindt u een ingezonden brief van Anneke van Veen, van de Commissie Visitatie Longziekten. In deze brief verwoordt ze de zorgen over het feit dat bij vrijwel alle visitaties de longartsen melding maken van een (te) hoge werkdruk. Die hoge werkdruk wordt niet zozeer veroorzaakt door de aantallen patiënten, als wel door de toegenomen zorgzwaarte per patiënt. In de afgelopen jaren zijn de relatief stabiele patiënten terugverwezen naar de eerste lijn, met als gevolg dat de spreekuren langzamerhand vooral gevuld zijn met patiënten met complexe problematiek. Dat is op zich een goede ontwikkeling, maar vraagt wel om aanpassing van de tijd die per patiënt gereserveerd wordt, hetgeen tot op heden in de meeste ziekenhuizen niet gebeurd is. Daarenboven is de registratielast enorm toegenomen in de laatste jaren: de dokter 'ordert' via het EPD steeds meer zelf de afspraken en dient vaak ook zelf de zorgactiviteiten te registreren. Door de toegenomen werkdruk komt de balans tussen werk en vrije tijd nogal eens onder druk te staan en het lukt veel vakgroepen nog niet of onvoldoende om daar zelf als vakgroep iets aan te veranderen.

De zomermaanden zijn in het algemeen wat rustiger maanden in het ziekenhuis dan de wintermaanden, zeker ook voor de longartsen. Die relatief rustige tijd heeft overigens niet alleen te maken met minder spoed-patiënten, maar ook met minder vergaderingen in het ziekenhuis. In de komende maanden kunt u hopelijk een goede balans vinden tussen werk(plezier) en vrije tijd. Ik wens u een mooie zomer.

Hans-Jurgen Mager

Hoogtepunten Algemene Ledenvergadering

Mocht u de algemene ledenvergadering tijdens de Week van de Longen op 9 april hebben gemist, dan kunt u hieronder de belangrijkste onderwerpen lezen. Een uitgebreide versie van het verslag staat op de website (www.nvalt.nl).

Vanuit het Bestuur

- De minister is bezig met het afstemmen van de EPD's op elkaar, een verlaging van de administratielast, netwerkgeneeskunde en bekostiging van ziekenhuisartsen.
- De NVIC is toegetreden tot de FMS.
- De pilot om congresbezoek via de NVALT te laten verlopen, om zo minder afhankelijk te worden van de farmaceutische industrie was helaas niet succesvol. Mogelijk volgt in 2020 een nieuwe poging.
- Recent is in Medisch Contact een speciale bijlage over longgeneeskunde verzorgd met daarin aandacht voor het LAN 'Vrij Ademen Akkoord', roken en longkanker(screening).

Concentratie en Spreiding van Zorg

Er worden criteria opgesteld voor expertisecentra, kenniscentra en behandelcentra, die geaccordeerd moeten worden tijdens de (najaars)ledenvergadering. Een afdeling kan checken of zij hieraan voldoen, overleggen met de Raad van Bestuur van het betreffende ziekenhuis en vervolgens melden bij de sectie. De sectie bespreekt de lijst weer met het Bestuur van de NVALT. Er wordt gestreefd naar een afronding van 90% in het najaar van 2019. Er volgt nog overleg met de Zorgverzekeraars hoe ze de lijsten aangeleverd willen hebben.

Commissie Richtlijnen

De secties dienen na te denken over wensen t.a.v. richtlijnen en dit kenbaar te maken. Er komen dit jaar drie nieuwe richtlijnen.

Goedgekeurde richtlijnen:

- Richtlijn aandoeningen van de pleura (Hans Daniels)
Belangrijkste punten:
 - o Verricht een echo vooraf aan elke pleurale ingreep
 - o Start empirisch antibiotica n.a.v. meest voorkomende bacteriële verwekkers
 - o Betrek patiënt in de besluitvorming omtrent de behandeling van maligne pleuravocht en overweeg een verblijfsdrain
 - o Thoracoscopie is zeer sensitief en veilig
- Richtlijn Tuberculosescreening voorafgaand aan immuunsuppressieve medicatie (Paul van der Valk)
Belangrijkste punten:
 - o Bij zeer laag risico op latente tuberculose infectie (LTBI): niet testen, geen therapie
 - o Bij zeer hoog risico op LTBI: zonder testen preventief behandelen
 - o Bij mogelijke risicofactoren: dubbel testen (Mantoux en IGRA), en zo nodig preventief behandelen

Structuur NVALT

Binnen de NVALT zijn er vier Beleidscommissies te weten: Beleidscommissie Kwaliteit, Opleiding, Beroepsbelangen en Wetenschap & Innovatie.

- Beleidscommissie Beroepsbelangen

- Herijking van de normtijden van de DOT-producten voor 2019 zijn vrijwel gelijk aan die van 2018.
- Er is een nieuwe zorgactiviteit Telemonitoring (039133) voor het registreren van elektronisch versturen van klinische parameters door patiënten aan het ziekenhuis. Dit kan naast het policontract of e-consult.
- De nieuwe registratiewijzer, gemaakt door commissie Regelgeving en de Federatie, geeft aan wat je mag registreren en is te downloaden via de Federatiewebsite.

- Beleidscommissie Opleiding

- Er moet een efficiëntere organisatie van de opleiding komen, waarin we snel kunnen in springen op veranderingen in de opleiding (bijvoorbeeld echo thorax), nieuwe onderwijsvormen (zoals E-health), implementatie van richtlijnen en basiskennis van longartsen. Het portfolio zal daarin mee veranderen.
- Najaar 2019 komt een update van het opleidingsplan, een uitwisseling zal verplicht minimaal 6 maanden duren. Tot 2023 zal er jaarlijks een instroom zijn van 39 AIOS.
- Dit jaar zal voor het eerst een Nederlandse kennistoets worden afgenomen i.p.v. het Hermes-examen.

- Beleidscommissie Kwaliteit

- De Commissie Visitatie heeft een brief ontvangen over de werkdruk van longartsen, met name in de winter (zie ook pagina 10).

- Beleidscommissie Wetenschap en Innovatie

- De commissie wil zich onder andere inzetten voor de Stichting NVALT Studies, de NRS, LAN/ longfonds, kwaliteitsregistraties en Zorgevaluatieagenda. Een commissie Innovatie moet nog worden ingesteld.

Stichting NVALT studies

Er zijn op dit moment drie lopende, oncologische NVALT studies (nummer 22, 24 en 25). Binnenkort zullen nog vier studies starten. De Stichting NVALT studies speelt een rol bij WMO plichtig onderzoek, interventiestudies, bij oncologische en overige longziekten gerelateerd onderzoek

Registraties - DLCA

De Dutch Lung Cancer Audit (DLCA) heeft als doel om het traject van diagnostiek en behandeling van patiënten met longkanker zo transparant mogelijk in beeld te brengen. Het DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing) ontwikkelt modules voor onder ander comorbiditeiten en complicaties. Daarnaast wordt via apotheken geneesmiddeleninformatie gekoppeld aan de registratie. Tevens wordt een registratie opgezet voor dure geneesmiddelen wederom om inzicht in te krijgen in het voorschrijven hiervan.



Vanuit de Commissie Visitatie Longziekten

Geacht NVALT bestuur,

Het is de Commissie Visitatie Longziekten opgevallen dat de ervaren werkbelasting van longartsen verontrustend hoog is. Op de quickscans die worden ingevuld, heeft het verlagen van de werkdruk altijd een zeer hoge prioriteit. Bij het bespreken van deze hoge werkbelasting vallen een aantal zaken op.

Hoofdlijnenakkoord

Bij het hoofdlijnenakkoord werd besloten tot een volumegroei van 0% tot 2022. De longartsen hebben echter te maken met een groeiende patiëntenpopulatie zowel voor COPD, pneumonie, OSA als longkanker. Daarnaast vindt er sinds een aantal jaren een verschuiving plaats van bepaalde delen van het vak van de derde naar de tweede lijn, zonder dat hierbij budget-overheveling plaats gevonden heeft. Verschuiving van tweede naar eerste lijn vindt vooral plaats bij de stabiele populatie, die weer terugverwezen worden naar de tweede lijn zodra er een exacerbatie, nieuw probleem of achteruitgang ontstaat. De combinatie van een groeiende patiëntenpopulatie zonder adequate capaciteitsuitbreiding, zoals bijvoorbeeld apparatuur en (ondersteunend) personeel, leidt tot langere wachtlijsten en oplopende werkdruk. Zoals een van de bestuurders het omschreef: "de longartsen zitten in een snelkookpan met een dicht deksel bij een oplopende druk."

Griepepidemie

In het geval van een griep epidemie neemt de klinische longpopulatie enorm toe, tot soms extreme vormen zoals in 2017/2018. De longartsen worden hiervoor niet gecompenseerd. Er wordt namelijk niet uitgegaan van de absolute patiënten aantallen, aangezien vakgroepen volgens de Logex benchmark systematiek vergeleken worden met hun collega's. Tijdens een druk griepseizoen stijgen de patiënten aantallen in alle centra uiteraard enorm, maar wordt er dus in de benchmark 0% groei gezien, terwijl alle longartsen in Nederland dan twee keer zo hard werken, zonder hiervoor financieel gecompenseerd te worden. Zonder financiële compensatie kan extra ondersteunend personeel niet worden ingehuurd, tenzij men dat uit eigen zak betaalt. Enkele ziekenhuizen bieden ondersteuning door ANIOS in te huren voor de vakgroep Longziekten, maar dat is zeker geen gewoonte.

Oudere patiënten

Onze populatie wordt ouder en gecompliceerder, maar waar de geriater 45 minuten heeft voor een consult, heeft de longarts een reguliere consulttijd voor de grotendeels geriatrische populatie.

Complexere problematiek

De stabiele patiënten die vroeger ook door de longarts werden gecontroleerd, zijn terug verwezen naar de eerste lijn. Dat heeft geleid tot een verzwaring van het spreekuur, dat alleen nog maar uit complexere problematiek bestaat, waar meer tijd voor nodig is.

EPD

Niet specifiek voor longziekten, maar wel een groot onderdeel van het probleem, is dat het doen van een poliklinisch spreekuur door invoering van het EPD veel meer tijd kost aan voorbereiding, registratie, en ordering van beleid. De indeling van onze spreekuren is echter onveranderd. Als wij stijgende aantallen patiënten moeten zien voor dezelfde prijs, is er simpelweg geen mogelijkheid tot verruimen van consulten of verkorten van spreekuren voor de invoering van tijd voor de administratieve verplichtingen. Het is daardoor heel gewoon geworden, dat de longarts in zijn/haar vrije avonden het spreekuur voorbereidt. Zonder deze voorbereiding is het vrijwel onmogelijk een digitaal spreekuur op tijd te laten lopen. Dit leidt de facto tot een verlenging van de werkdag.

Hoge werkbelasting

In de opleidingsziekenhuizen staat de opleiding onder druk door de hoge werkbelasting. Tijdens de pieken in klinische patiëntenzorg zijn AIOS teveel nodig op de werkvloer, hetgeen ten koste gaat van hun eigen stages. De hoge werkdruk die zij ervaren leidt in enkele gevallen tot een heroverweging van beroepskeuze.

Ondersteunend personeel

Het laatste probleem is de bezuinigingen in de (meeste) ziekenhuizen op ondersteunend personeel. Bij invoering van de EPD's is besloten dat er minder ondersteunend personeel nodig is, waardoor secretaresses en doktersassistenten schaarser werden en veel verschuiving van taken naar de arts plaats heeft gevonden. Dit is precies het omgekeerde van wat wenselijk is - namelijk een taakherschikking van arts naar ondersteunend personeel, zoals doktersassistenten, longconsulenten, PA's en VS-en, zodat 1 longarts met behulp van ondersteunend personeel een grotere patiëntenpopulatie kan behappen.

Bovenstaande punten leiden tot een onaanvaardbaar hoge werkdruk voor de longartsen, die dit tijdens visitaties hoog prioriteren als punt van aandacht. Het is echter lastig om als individuele vakgroep maatregelen te nemen die de werkdruk verlagen, zoals bijvoorbeeld besluiten tot het inkorten van spreekuren voor een uur administratie, of voor het verruimen van consulttijden per patiënt. Dit zal immers lijden tot een vermindering van productie in vergelijking met hun collega's in de benchmark en dus leiden tot inkomstenderving. Wij willen dit graag onder uw aandacht brengen en denken dat er wellicht via de raad beroepsbelangen een herijking van onze werkzaamheden ingevoerd zou moeten worden.

Met vriendelijke groet,

namens de Commissie Visitatie Longziekten,

Anneke van Veen

Even voorstellen: Monique Reijers

Na een ruime overgangperiode vanaf de zomer van 2018, heb ik per 1 januari 2019 formeel het stokje overgenomen van Leon van den Toorn met betrekking tot het voorzitterschap van het Concilium.

Vroeger, als AIOS, was ik al een periode betrokken bij het concilium. Toen vond ik het al mooi om te zien dat er zoveel verschillende manieren zijn om een opleiding in te richten en net als nu vond ik het toepassen van de letter van de wet minder interessant dan beoordelen of het doel van de regels wordt gehaald. Dat doel is het opleiden van longartsen die zich ontwikkelen tot zichzelf kritisch beschouwende professionals. Longartsen die voor ons ontzettend veelzijdig vak staan, die investeren in hun patiënten, wetenschap en innovatie.

In de beleidscommissie hoop ik die ambitie te continueren in de samenwerking met het AIOS bestuur, het cursorisch onderwijs, de Bronkhorst colloquia en de organisatie van de Week van de Longen.

Overigens zie ik in de ledenlijst van de NVALT nog vele namen die mij onbekend zijn en zal ik hen vast ook onbekend zijn. Gepromoveerd als aankomend internist op HIV

behandeling ben ik toch geswitcht naar de longziekten en ik vind dat nog elke dag een goede keus. In 2006 verliet ik als volledige AMC-kloon het westen en ben ik neergestreken in het noordelijkste puntje van Limburg. In Radboudumc Dekkerswald ben ik mij bezig gaan houden met cystische fibrosis, bronchiëctasieën en de laatste jaren meer en meer mycologie. Eén dag in de week steek ik tijd in kwaliteit en veiligheid in het Radboudumc. De laatste jaren beweegt het kwaliteitsdenken (zij het langzaam) meer en meer van meten en weten naar reflecteren en inspireren.

In 2017 ben ik opleider in het Radboudumc geworden. Gelukkig met hulp van Miep van der Drift als plaatsvervangend opleider en een groep longartsen die allemaal met plezier hun bijdrage leveren aan de opleiding. Ook met de medeopleiders in de regio weten we, ondanks het dalend aantal AIOS, creatieve oplossingen te bedenken waardoor onze AIOS steeds meer een op hen toegesneden opleiding kunnen vormen.

Een fijne basis om een aantal jaren energie te kunnen steken in het voorzitterschap van het Concilium.

Monique Reijers



Update vanuit het AIOS bestuur – enquête 2018

Al enkele jaren vragen wij de AIOS om een enquête in te vullen, na net daarvoor enkele uren gezwoegd te hebben op het Hermes examen. We zijn erg blij dat afgelopen jaar wederom veel AIOS de jaarlijkse enquête hebben ingevuld. De enquête is er namelijk niet voor niets. Met het AIOS bestuur hebben we de afgelopen jaren een aantal speerpunten geformuleerd. Denk aan bijvoorbeeld de vooropleiding bij de Interne Geneeskunde, de verdiepingsstage, de uitwisseling perifeer en academisch, update van het cursorisch onderwijs en het Hermes examen. Deze zaken zijn voortgekomen uit onder andere de ('Hermes'-) enquêtes. Belangrijk ook is dat de enquêtes ons meer mandaat geven in het vertegenwoordigen van onze achterban en om daadwerkelijk veranderingen teweeg te kunnen brengen.

Vervanging Hermes examen

Er was al langer kritiek op het jaarlijkse Hermes examen, zowel onder AIOS als opleiders. Dit hebben we meerdere malen aangekaart bij de NVALT. Met als resultaat dat dit jaar voor het eerst de Nederlandse Kennistoets zal worden afgenomen in plaats van het Europese Hermes examen. Dit is een erg goede ontwikkeling! Het concept van deze eerste Nederlandse Kennistoets zal gelijk zijn aan de afgelopen jaren met een dertigtal vragen met nadien een nabespreking. Uiteindelijk is het streven om een volwaardige kennistoets te hebben. Dat wil zeggen, een toets die representatief is voor onze dagelijkse praktijk en daarbij ook een lerend en een onderscheidend vermogen (verschil eerste en laatstejaars AIOS) heeft.

Interne vooropleiding

In het afgelopen jaar hebben we ook nagedacht over de invulling van onze vooropleiding bij de Interne Geneeskunde. Met het concilium hebben we gekeken hoe we dit konden optimaliseren, meer gericht op het behalen van de competenties die belangrijk zijn voor ons als aankomende longartsen en met meer ruimte voor individualisatie. Het voorstel is inmiddels geaccordeerd door de NIV en is richting het veranderen in de RGS.

Onderwijs

De Commissie Cursorisch Onderwijs is nog volop enthousiast bezig met het vernieuwen van het onderwijs. Inmiddels is de fietsergometrie in het onderwijsschema van 2019 geïmplementeerd en voor alle AIOS beschikbaar. In de loop van het jaar zal hier ook de bronchoscopietraining aan worden toegevoegd voor de nieuw beginnende AIOS. Op de planning staat nog de cursus echografie van de thorax. Het is een mooi streven als in de nabije toekomst iedere AIOS ook deze cursus gedaan heeft.

Enquête 2018 – verdiepingsstage en uitwisseling

Tot slot, hierbij de belangrijkste uitkomsten van de enquête van het najaar 2018 samengevat.

Afgelopen september is er door 131 AIOS na het Hermes

examen een uitgebreide enquête ingevuld. Hiervoor willen wij jullie heel erg bedanken. In dit artikel willen we de belangrijkste uitkomsten met jullie delen. We zullen hierbij met name ingaan op de verdiepingsstage en de uitwisseling tussen de academie en de periferie.



fig. 1: Verdeling van opleidingsjaar van de AIOS enquête respondenten

Verdiepingsstage

Aan de AIOS werd gevraagd wat zij verwachten van een verdiepingsstage. Niet onverwacht werd 'verdieping' (48%) het meest genoemd in de antwoorden. Minder sterk maar toch ook 25% van de respondenten verwacht 'minder neven-taken' en 15% verwacht meer op het gebied van 'expertise m.b.t. supervisie'. 'Wetenschap' (3%) en 'erkenning vanuit NVALT' (2%) waren de overige verwachtingen.

Eensgezind werd geantwoord op de vraag wat de ideale duur van een verdiepingsstage zou moeten zijn. Hier kiest 58% voor 6 maanden en 25% voor 4 maanden. Tijdens de verdiepingsstage zou er geen dienst gedaan moeten worden (46%) of gehalveerde dienstbelasting (30%).



fig. 2: Ideale duur van verdiepingsstage

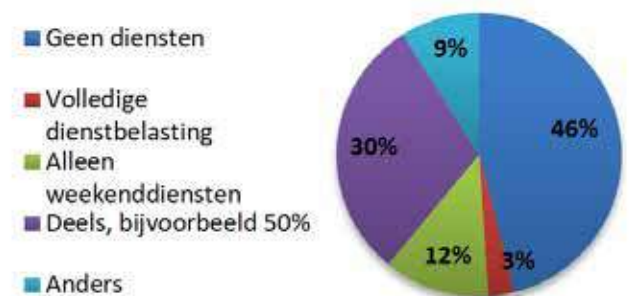


fig. 3: Ideale dienstbelasting tijdens verdiepingsstage

Uitwisseling academie en periferie

De opleiding tot longarts in Nederland is uniek met deels perifere en deels academische opleidingen. Hierbij geeft de 'perifere' AIOS aan dat aldaar een brede exposure aan patiënten wordt gezien. Er is in de periferie voldoende mogelijkheid om te leren 'productie draaien' en het uitvoeren van verrichtingen (figuur 4).

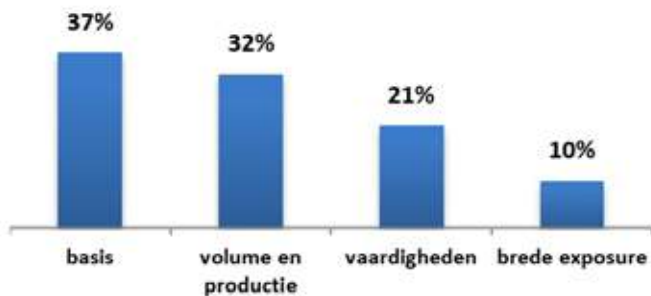


fig. 4: Meerwaarde perifere opleiding

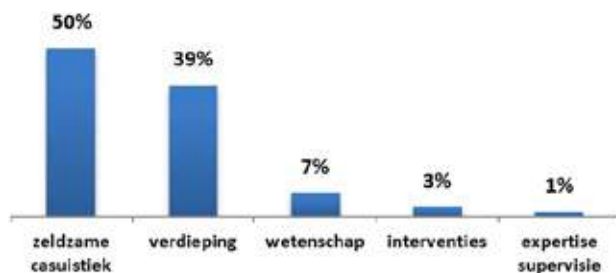


fig. 5: Meerwaarde academische uitwisseling

*Bij bovenstaande figuren moet worden opgemerkt dat het hier antwoorden op open vragen betreft waarbij twee antwoorden mochten worden gegeven.

Meerwaarde wordt wel gezien van een academische uitwisseling mede door het zien van zeldzame casuïstiek en verdieping (figuur 5), bij voorkeur een stage van 6 maanden. (figuur 6)

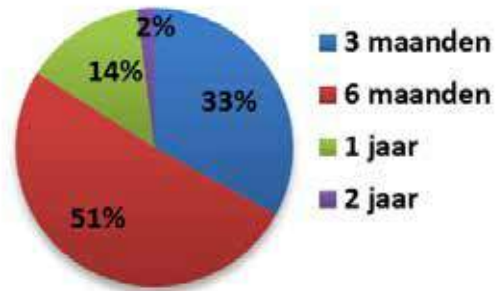


fig. 6: Ideale duur academische uitwisseling

Bovenstaande onderwerpen zijn ook door de academische AIOS besproken waarbij het opvalt dat de AIOS aldaar veel meer uiteenlopendere antwoorden gaven op de meerwaarde van een academische opleiding, waarbij 'wetenschap' (26%) en 'complexe pathologie' (22%) de meest genoemde antwoorden waren.

De toegevoegde waarde (figuur 7) voor een uitwisseling naar de periferie betrof hoofdzakelijk meer aanraking met de 'basale longziekten'. Daarnaast leer je meer over productie draaien en is er veel ruimte om vaardigheden te leren. (figuur 8)

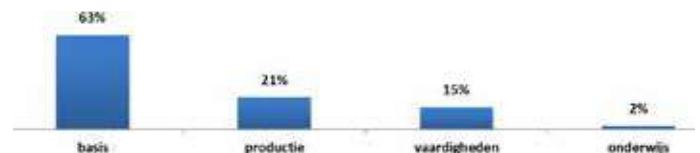


fig. 8: Meerwaarde perifere uitwisseling

*Bij bovenstaande figuren moet worden opgemerkt dat het hier antwoorden op open vragen betreft waarbij twee antwoorden mochten worden gegeven.

De ideale duur van een uitwisseling naar de periferie is volgens de 'academische' AIOS 6 maanden (46%). Opvallend hier is wel dat een substantieel deel (31%) ook wel langer uit zou willen wisselen, namelijk 1 jaar. (figuur 9)

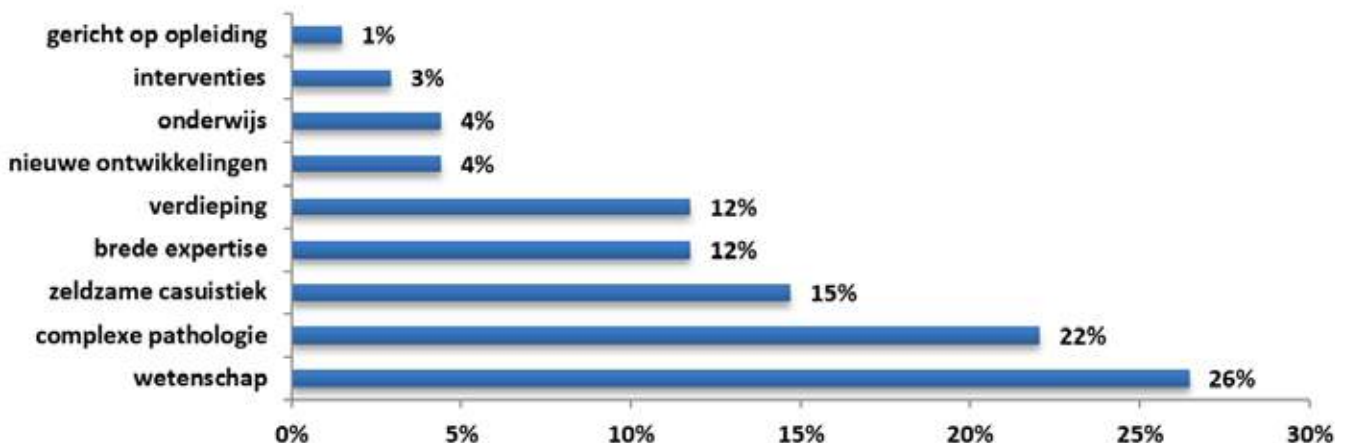


fig. 7: Meerwaarde academische opleiding

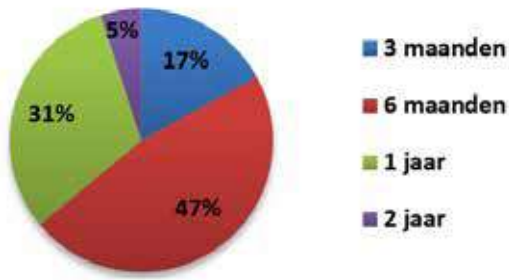


fig. 9. Ideale duur perifere uitwisseling

Specialisatie

Tot slot vroegen we de AIOS hoe zij de toekomst van de longarts zien, waarbij het grootste deel verwacht dat er in de toekomst superspecialisaties zullen komen (fig. 10).

Conclusie enquête 2018

Als we bovengenoemde samenvatten lijkt het erop dat de AIOS graag een verdiepingsstage wil doen van ongeveer 6 maanden zonder te veel neventaken en met een zo laag mogelijke dienstbelasting. Daarnaast geven zowel perifere als academische AIOS aan dat uitwisseling naar de academie of periferie van belang is om andere facetten van het vakgebied te zien waarbij hierbij ook een duur van 6 maanden is gewenst.

fig. 10.

Hoe verwacht je dat het specialisme Longziekten zich in de komende jaren zal ontwikkelen?	%
A. Er zullen super specialisaties komen, zoals de differentiaties die we kennen van de interne geneeskunde (oncologie, ILD, etc.)	65%
B. Het vakgebied zal blijven bestaan uit algemeen longartsen met een aandachtsgebied, zoals we het nu kennen.	32%
C. Het vakgebied zal krimpen richting de algemene longziekten, omdat aandachtsgebieden zoals bijvoorbeeld oncologie/infectieziekten onder andere specialismen zullen gaan vallen (interne geneeskunde).	2%
D. Anders	1%

In de update van het landelijke opleidingsplan dit jaar zal de uitwisseling naar de academie en periferie worden uitgebreid naar minstens 6 maanden. Daarnaast zal er bij deze update ook meer aandacht zijn voor de verdiepingsstage en de invulling daarvan.

Kortom

Met dank aan onder andere de inzet van de AIOS door het invullen van de jaarlijks enquêtes en alle effort van de opleidingsgerelateerde commissies hebben we al veel mooie ontwikkelingen in gang kunnen zetten en blijven we bezig de opleiding te verbeteren.

Alvast nu dan ook al de uitnodiging om ook dit jaar tijdens de Nederlandse Kennistoets de enquête in te vullen!

Mocht je tussentijds ideeën of suggesties hebben voor het AIOS bestuur dan kun je ons altijd mailen.

Met vriendelijke groet name het AIOS bestuur,

Eva Bots

Evelien van der Hout

Laurien Keulers

Margot de Koning Gans

Verdieping vanuit de opleiding: het AIOS symposium Week van de Longen 2019, Ermelo

Op 9 en 10 april werd tijdens de Week van de longen voor de 3e keer het AIOS Symposium: 'Verdieping vanuit de opleiding' georganiseerd. De achterliggende gedachte van dit symposium is om jonge specialisten in opleiding meer bij de NVALT en de 'Week van de Longen' te betrekken. Het format is simpel: vanuit elke opleidingskliniek geeft één AIOS een presentatie over een case report, eigen (promotie) onderzoek of een andere wetenschappelijke activiteit. De inhoud is naar eigen invulling.

Vanuit het hele land kregen wij enthousiaste reacties van de deelnemende ziekenhuizen, waarbij er dit jaar voor het eerst ook een fellow vanuit de kinderlongziekten een presentatie kwam geven. Alle deelnemers werden verdeeld over de twee 'parallele dagen'. Per dag werd er door de twee dagvoorzitters een winnaar bepaald.

Het waren twee interessante dagen met zeer wisselende en diverse presentaties en een zaal gevuld met enthousiast publiek.

Op dinsdag 9 april mocht Daniël Lommen (Catharina Ziekenhuis) met de prijs naar huis. Zijn presentatie ging over een actueel en klinisch relevant onderwerp, namelijk de diagnostiek van atypische verwekkers bij een CAP. Mirjam Wiegman (Medisch Centrum Leeuwarden) mocht zich op woensdag 10 april de prijswinnaar noemen. Zij had een interessante presentatie over haar eigen onderzoek naar het effect van anti-IL5 behandeling op chronische rhinosinusitis, otitis en gehoorverlies bij patiënt met ernstig eosinofiel astma. Beide winnaars, nogmaals van harte gefeliciteerd!

Als laatste wil ik alle deelnemers en het publiek van het NVALT AIOS symposium hartelijke bedanken voor jullie inzet en hopelijk tot volgende jaar!

*Marjolein van Es
AIOS Martini Ziekenhuis, Groningen*



V.l.n.r.: Dr. Hans in 't Veen (dagvoorzitter), Jan-Willem Kroon (dagvoorzitter, AIOS bestuur) en Daniël Lommen (winnaar) V.l.n.r.: Dr.



V.l.n.r.: Prof. Dr. Dirk-Jan Slebos (dagvoorzitter), Mirjam Wiegman (winnares) en Marjolein van Es (dagvoorzitter, AIOS bestuur)

Nationaal Trainingsprogramma Basisvaardigheden Bronchoscopie



11/12/18 kick-off meeting basis competentie bronchoscopie Amsterdam UMC

Het aanleren van endoscopische vaardigheden voor de longarts vindt in Nederland in de meeste klinieken plaats volgens het aloude meester-gezel format. De AIOS krijgt van ervaren specialisten in de dagelijkse praktijk instructie in het gebruik van instrumenten, het herkennen van anatomie en pathologie en het uitvoeren van met name diagnostische handelingen. In sommige centra is een fantoom beschikbaar waar het introduceren van de bronchoscoop en eerste anatomische oriëntatie op wordt geoefend maar het aanleren van deze praktische vaardigheid vindt evenwel vrijwel volledige plaats in de dagelijkse patiëntenzorg.

Inmiddels is het uit vele vakgebieden duidelijk dat voor een competentiegerichte training in een simulatie omgeving belangrijke voordelen heeft. Ook voor het aanleren van een bronchoscopie is er een overweldigende hoeveelheid wetenschappelijk bewijs die aantoont dat in een gestructureerde simulatietraining deze vaardigheid meetbaar sneller wordt aangeleerd en dat deze training voorafgaand aan de eerste 'echte' bronchoscopie leidt tot een kortere proceduretijd en betere kwaliteit en veiligheid voor de patiënt.

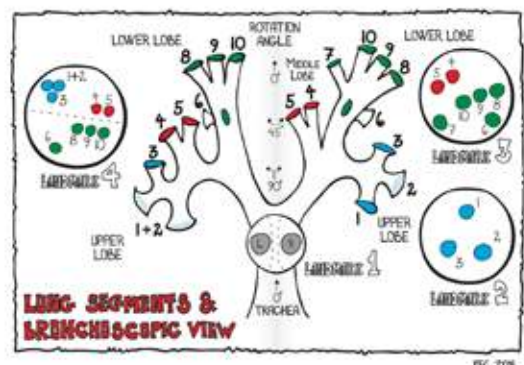
Veel van deze wetenschappelijke publicaties zijn afkomstig uit Denemarken, waar sinds een aantal jaren een landelijk verplicht trainingsprogramma basisvaardigheden bronchoscopie is ingevoerd.



AIOS Stephan Kops in actie

De sectie pulmonale interventies (SPI) onderschrijft deze ontwikkelingen en met steun van het Concilium en NVALT bestuur is een gedetailleerd bronchoscopie simulator trainingsprogramma opgesteld wat per 1 januari 2020 als verplichte eendaagse cursus zal worden ingevoerd voor elke AIOS Longziekten.

Het programma is gebaseerd op ervaringen van het in Nijmegen gebruikte simulatieprogramma, de ervaringen uit het Europese EBUS opleidingsprogramma in Amsterdam, kennis



Anatomie Bronchiaalboom door de bronchoscoop – Paul Frost Clementsen 2016©

Deelnemers NVALT Bronchoscopie Trainings Simulator programma:

Amsterdam UMC (locatie AMC): Jouke Annema, Laurence Crombag, Peter Bonta, Marianne van de Pol (research)

Radboudumc Nijmegen: Erik van der Heijden, Wanda Hagmolen of te Have, Bas Robberts, Bram van den Borst, Roel Verhoeven (research), Beppie Wubbels (vpk) en Ineke Bles (vpk);

Universiteit Twente: Marleen Groenier (research)

Groningen UMC: Birgitta Hiddinga, Dirk Jan Slebos;

Medisch Spectrum Twente: Michiel Wagenaar, Emanuel Citgez

Maastricht UMC: Roy Sproten en Marijke Rutten

Catharina Ziekenhuis Eindhoven: Frank Smeenk, Arnaud Aldenkamp

Copenhagen: prof. Lars Konge and dr. Paul Frost Clementsen - adviseurs

NVALT: Constance Harks, Monique Reijers, Leon van Toorn



02/04/19 meeting Radboud Umc Nijmegen

en ervaring vanuit de faculteit technische geneeskunde aan de UT Twente en de kennis en input vanuit de collega's prof. Konge en Dr. Clementsen uit Copenhagen, Denemarken (CAMES).

Het eendaagse programma zal gevolgd kunnen gaan worden in een van de zes simulatie centra: Amsterdam, Nijmegen, Eindhoven, Enschede, Groningen en Maastricht en de trainingen vinden telkens plaats per tweetallen AIOS. De betrokken collega's uit deze centra hebben deelgenomen aan twee 'train-the-trainer' sessies en zijn actief betrokken bij het inrichten van programma, de voor- en na-toets. De inschrijving voor de trainingen zal verlopen via het NVALT-secretariaat.

Voor start van het simulatieprogramma zal een entree kennistoets met goed gevolg moeten worden afgelegd. Op de trainingsdag zelf wordt een algemene inleiding gegeven over de basisprincipes van de bronchoscopie, anatomie en diagnostische hulpmiddelen. Training van de kennis en competentie vindt op gestructureerde wijze plaats onder directe supervisie. Naast technische vaardigheden wordt ook volgens de CRM principes aandacht gegeven aan vaardigheden m.b.t.

communicatie, leiderschap en time-out/sign-out en briefing/debriefing.

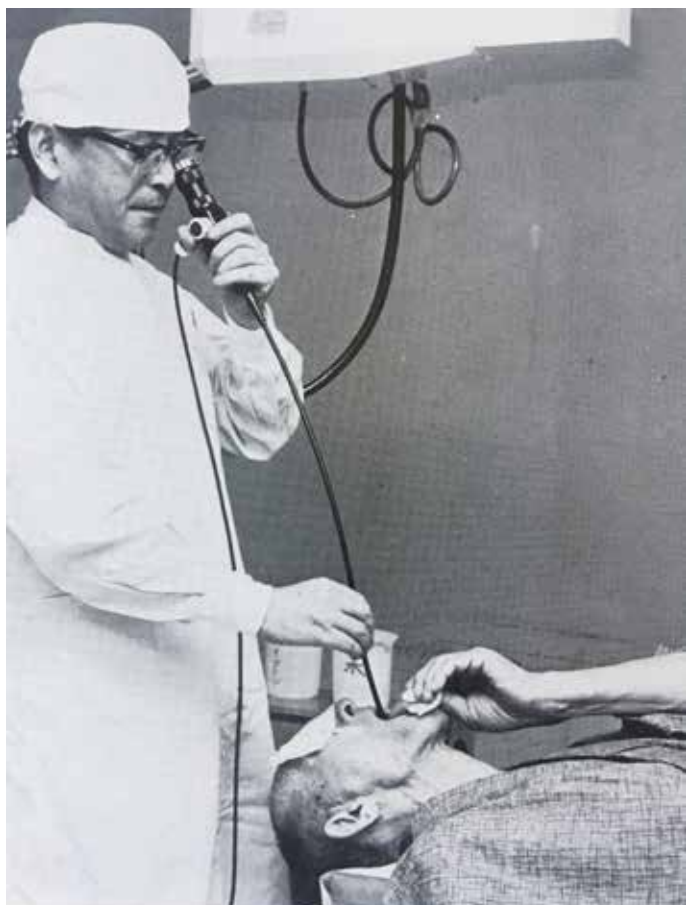
De dag wordt afgesloten met een test waarbij op 2 casus de opgedane vaardigheden worden getoetst.

Bovendien biedt de invoering van dit programma een uitgelezen kans tot het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek m.b.t. (simulatie) onderwijs en training. Er zijn gevorderde plannen dit NVALT nationale bronchoscopie simulatie trainingsprogramma de basis te laten zijn van een promotieonderzoek onder leiderschap van prof. Frank Smeenk.

Met het invoeren van dit nationaal trainingsprogramma wordt een belangrijke stap gezet in het implementeren van competentiegericht onderwijs! Wij danken de inzet en ondersteuning van de deelnemers aan de voorbereidende werkgroep bijeenkomsten in Amsterdam UMC op 11 december 2018 en Radboudumc op 2 april 2019 jl. Een finale bijeenkomst is gepland op 8 oktober as.

*Erik van der Heijden (Radboud UMC Nijmegen)
Jouke Annema (Amsterdam UMC)*

NVALT Leidraad Bronchoscopie 2019



Dr. Shigeto Ikeda, grondlegger van de flexibele bronchoscopie. Uit: Atlas of flexible bronchofiberscopy, University Park Press & Igaku Shoin Ltd. 1st edition, 1974.

De afgelopen 15 jaar zijn er een aantal belangrijke veranderingen doorgevoerd in de praktijk van de longarts die het actualiseren van de bestaande NVALT richtlijn bronchoscopie uit 2002 nodig heeft gemaakt. Onderwerpen als sedatie, nieuwe antistollingsmiddelen en nieuwe diagnostische inzichten zoals bijvoorbeeld bij ILD en sarcoïdose zijn hier voorbeelden van. Daarnaast heeft de introductie van de endo-echografie een centrale plaats gekregen in de diagnos-

tische mogelijkheden van bronchoscopie. De sectie pulmonale interventies (SPI) van de NVALT heeft er voor gekozen gezien het beschikbaar zijn van de richtlijn bronchoscopie van de British Thoracic Society (Thorax 2013;68:i1-i44), welke wereldwijd tot norm is verheven, niet een volledig nieuwe richtlijn te schrijven, maar deze in de vorm van een 'leidraad' te publiceren. Zoals ook de NVALT richtlijn van 2002 en de BTS 2013 richtlijn, zijn veel van aanbevelingen betreffende bronchoscopie op basis van ervaringen en expertise van deskundigen ('expert opinion') en niet op basis van wetenschappelijke bewijzen. De huidige leidraad is dan ook een up-to-date mix van de huidige BTS richtlijn, aangevuld met veranderingen in externe richtlijnen (zoals bijvoorbeeld sedatie) en expert option, geschreven voor de uitvoering van de dagelijkse longartsen praktijk in Nederland. De leidraad heeft tot doel richting te geven aan een meer uniforme uitvoering van bronchoscopisch onderzoek door de longarts in Nederland en tevens om de indicaties, contra-indicaties en de te verwachten complicaties te formuleren.

In deze leidraad is de uitgangssituatie voor het uitvoeren van een bronchoscopie een deskundige longarts en praktijkvoering inclusief ondersteunende disciplines. Deze gaat uit van een state-of-the-art bronchoscopist conform het opleidingsplan- en besluit van de NVALT en de herregistratie-eisen van het RGS. Daarnaast is het van groot belang dat alle vaardigheden goed onderhouden worden. In de afgelopen 15 jaar is er een sterke verbetering geweest in de beeldkwaliteit van de bronchoscopen. Daarnaast is er uitbreiding en verbetering van technologie en instrumentarium (naast de EUS en de EBUS) voor de dagelijkse praktijk bijgekomen, zoals de cryoprobe en de disposable bronchoscoop. Het belangrijkste punt van de nieuwe leidraad zijn de nieuwe inzichten in de sedatie rondom een bronchoscopie. In de leidraad wordt geadviseerd dat op elke afdeling waar bronchoscopiën worden verricht de mogelijkheid is tot het geven van matig- en diepe sedatie. Dit voor het faciliteren van maximaal patiënten comfort (bij vaak langere procedures) en een hogere opbrengst van de scopie. Voor de lokale verdoving van een patiënt lijkt inmiddels duidelijk dat voor endobronchiale toepassing een



Flexibele interventie bronchoscopie (UMCG)



Simulator training (AmsterdamUMC) anno 2019

1% v/v lidocaïne oplossing net zo goed werkt als hogere doseringen. In de indicatiestelling is een belangrijke toevoeging een hogere opbrengst middels endo-echografie in combinatie met TBNA / FNA voor de work-up van sarcoïdose ten opzichte van perifere longbiopten. Daarnaast vinden in toenemende mate meer complexere bronchoscopiën van langere duur plaats waarbij EUS/EBUS en 'gewone' bronchoscopie worden gecombineerd. De toepassing van diepe propofol sedatie hierin, is in toenemende mate noodzakelijk hierin, hetgeen onderschreven wordt door patiëntenorganisaties. Ook wordt aangeraden om bij twijfel over de haalbaarheid of veiligheid van de uitvoering van een bronchoscopie, de patiënt door te sturen naar een bronchoscopisch interventiecentrum. De leidraad geeft een overzicht van de beschikbare antistollingsmiddelen in NL en hoe daarmee om te gaan rondom een bronchoscopie (zowel stoppen als herstarten).

De pulmonale interventies zijn een in toenemende mate belangrijke speler in het vak van de longarts. De sectie pulmonale interventies zal dan ook zorgen voor een aansturing hierin, met aanbevelingen voor training en scholing, alsmede het actualiseren van richtlijnen/leidraden voor o.a. bronchoscopische interventies, endo-echografie, pleurale diagnostiek en behandeling, thoracoscopie en thoracale echografie.

Dirk-Jan Slebos (UMCG)
Peter Bonta (UMC-AMC)
David Koster (UMCG)

De nieuwe leidraad bronchoscopie is op deze pagina te downloaden:
www.nvalt.nl/kwaliteit/richtlijnen/behandelkamer-operatiekamer

Bronchoscopisch Cryobiopt bij ILD patiënten zinvolle zorg vernieuwing? De COLD studie: een nationaal ZonMW evaluatie project

Voor ILD patiënten met een indicatie voor een longbiopt is sinds kort 'The COLD study', een nationale multicenter diagnostiek studie, open voor inclusie. Het acronym "COLD" staat voor: "Cryo- vs Surgical Lung biopsy for diagnosing interstitial lung disease". Wanneer tijdens een ILD-MDO geen classificerende diagnose gesteld kan worden op basis van anamnese, laboratorium en radiologisch onderzoek bestaat er veelal een indicatie voor het verkrijgen van een histologisch longbiopt. De huidige richtlijn adviseert dit te doen door middel van een chirurgisch longbiopt welke in ongeveer 90% van de patiënten een classificerende diagnose oplevert. Echter, diagnostische longchirurgie is invasief, belastend voor kwetsbare patiënten en gaat gepaard met hoge zorg kosten.

Transbronchiale cryobiopsie is een bronchoscopische techniek waarbij een flexibele sonde tot in de periferie van de long wordt gebracht. De tip van de sonde wordt bevroren waardoor een stuk longweefsel kan worden weggenomen. De 'vries'biopten zijn groot en de longarchitectuur wordt goed bewaard. Nauwkeurig plaatsing van de sonde is essentieel om een pneumothorax of bloeding te voorkomen. De procedure wordt uitgevoerd door doorlichting met flex tube of starre scoop met profylactische ballon plaatsing om eventuele bloedingen te kunnen controleren. Heldere en praktische adviezen over hoe en bij wie een cryobiopt genomen kan worden werd vorig jaar gepubliceerd¹. Een recente studie in 799 patiënten liet zien dat cryobiopsie veilig is².



Kirsten Kalverda (midden) neemt een cryobiopt met behulp van Juergen Holters (rechts) en Jouke Annema (links)

De kans dat met een cryobiopt een classificerende diagnose gesteld kan worden ligt rond de 80%. Dat cryobiopsie nog niet is opgenomen in richtlijnen heeft onder andere te maken met het ontbreken van prospectieve studies waarin beide technieken worden vergeleken. In de COLD studie wordt gerandomiseerd tussen een 'step up' methode waarin gestart wordt met een bronchoscopisch cryobiopt, enkel gevolgd door een chirurgisch long biopt indien de pathologie geen conclusieve diagnose geeft, en direct een chirurgisch longbiopt. Naar verwachting leidt een diagnostische strate-



v.l.n.r. Hans Daniels (Amsterdam UMC, locatie VUMC), Juergen Hetzel (Universitätsklinik Tuebingen), Kirsten Kalverda (Amsterdam UMC), John van der Putten (Martini ziekenhuis Groningen), Juergen Holters (Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen), Maarten Ninaber (Leiden UMC), Bas Mathot (Erasmus MC), Jelle Miedema (Erasmus MC), Tess Kramer (Amsterdam UMC), Jouke Annema (Amsterdam UMC), Henk Kramer (Martini ziekenhuis Groningen), Venerio Poletti (L. Pierantoni Hospital Forli), Peter Bonta (Amsterdam UMC).

gie te starten met het cryobiopt tot een minder invasieve en kosten effectievere diagnosestelling bij ILD patiënten die ook de voorkeur van patiënten geniet.

Amsterdam UMC is initiërend en coördinerend centrum in deze ZonMW gesubsidieerde studie (programma DoelmatigheidsOnderzoek). Overige deelnemende centra zijn: Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Leiden UMC en Martini Ziekenhuis, Groningen. Als start van de studie hebben wij met het gehele studieteam een 2-daagse cursus georganiseerd in Tübingen (Duitsland). Hoogtepunt van de cursus, en tevens essentieel onderdeel, was het dier laboratorium. Hier hebben alle deelnemers veelvuldig cryobiopten kunnen nemen van geëntubeerde varkens om zo te ervaren hoe het is om een cryobiopt te nemen en hun leercurve een kick-start te geven. Naast deze hands-on sessie waren er inspirerende lezingen van zowel prof. dr. J. Hetzel en prof. dr. V. Poletti, beiden experts op het gebied van cryobiopsie. De eerste patiënten zijn inmiddels geïncubeerd. Voor nadere informatie of verwijzing van patiënten: k.a.kalverda@amsterdamumc.nl

*Drs. Kirsten Kalverda, AIOS Long en promovenda
Prof. Dr. Jouke Annema (Amsterdam UMC)*

1. Hetzel J, Maldonado F, Ravaglia C, Wells AU, Colby TV, Tomassetti S, et al. Transbronchial Cryobiopsies for the Diagnosis of Diffuse Parenchymal Lung Diseases: Expert Statement from the Cryobiopsy Working Group on Safety and Utility and a Call for Standardization of the Procedure. *Respiration; international review of thoracic diseases.* 2018;95(3):188-200.
2. Ravaglia C, Wells AU, Tomassetti S, Gurioli C, Gurioli C, Dubini A, et al. Diagnostic yield and risk/benefit analysis of trans-bronchial lung cryobiopsy in diffuse parenchymal lung diseases: a large cohort of 699 patients. *BMC pulmonary medicine.* 2019;19(1):16.

De COLD studie groep:

Kirsten Kalverda, Jouke Annema, Peter Bonta en René Jonkers (Amsterdam UMC, locatie AMC), Hans Daniels en Esther Nossent (Amsterdam UMC, locatie VUMC), Juergen Holters en Julius Jansen (Canisius Wilhelmina ziekenhuis), Jelle Miedema en Bas Mathot (Erasmus MC), Maarten Ninaber (LUMC), Henk Kramer en John van der Putten (Martini Ziekenhuis).

Asbestbeleid

Blootstelling aan asbest kan tot hevige emoties leiden. Bij een brand waar mogelijk asbest is vrijgekomen worden terreinen, wegen en soms zelfs hele steden afgezet. Enkele jaren geleden nog sloot burgemeester Cammaert van Roermond een groot deel van zijn stad af met een noodverordening omdat er op straat asbest was ontdekt na een grote brand. Na de emotie komt de bezinning. Was het afzetten van de stad wel noodzakelijk? Hoe groot waren de gezondheidsrisico's van het asbest op straat? Rechtvaardigde dat risico alle kosten die gepaard gingen met de afzetting en het professioneel ruimen van het asbest? Om maar niet te spreken van de indirecte kosten door sluiting van bedrijven en winkels.

Op kleinere schaal speelt dit probleem iedere dag in onze samenleving. Wil je je huis verkopen dan dient er een asbestverklaring te worden opgemaakt. Bij verbouwing of renovatie dient er een inventarisatie van het aanwezige asbest te zijn. De hieraan verbonden kosten zijn voor de particuliere huiseigenaar deels te dekken met overheidssubsidies, maar -zo vermeldt de website van Vereniging Eigen Huis – "het subsidiebudget is inmiddels overschreden". Met name woningbouwverenigingen en gemeenten worden door de strenge asbestregelgeving op kosten gejaagd.

Onderzoek Crisislab

Om aan te tonen dat het ruimen van asbest goedkoper en toch veilig kan, heeft de woningcorporatie Aedes samen met enkele woningbouwverenigingen opdracht gegeven aan Crisislab om hiernaar onderzoek te doen. Ze deed dit samen met TNO, de Universiteit Utrecht en de Radboud Universiteit in Nijmegen. Dit onderzoek werd in februari 2019 onder de titel 'Inzichten voor proportioneel asbestbeleid' gepubliceerd (via de website van crisislab of TNO te downloaden). De samenvatting van het rapport vermeldt onder andere: "De onderzoekers pleiten voor een publiek debat over de redelijkheid van het Nederlandse asbestbeleid en voor een aantal concrete maatregelen zoals een risico-gedreven meetstrategie; bij een verondersteld laag risico kan met minder metingen worden volstaan dan in een situatie waarvan op voorhand kan worden verwacht dat het risico potentieel is verhoogd." Het rapport rekent o.a. 6 veel voorkomende scenario's door, zoals asbestblootstelling bij branden, wonen in een woning met asbestverontreiniging en beroepsmatig bewerken van niet-hechtgebonden plafondplaten. Deze scenario's worden zakelijk en wetenschappelijk ontleed en vervolgens teruggebracht tot de financiële kern van de zaak. De blootstelling aan asbest van ieder scenario is bekend en hiermee het risico op het krijgen van een maligniteit en het aan de expositie gecorreleerde verloren aantal gezonde levensjaren (DALY's). Voor beschermende maatregelen is bekend in welke mate ze asbestexpositie verminderen. Per gewonnen levensjaar is een maximale investeringsnorm gesteld van € 60.000,-. Voor beschermende maatregelen is vervolgens terug te rekenen of een gewonnen DALY meer of

minder investering vraagt dan de gestelde € 60.000,-. Het rapport is helder in haar werkwijze en vermeldt haar belangenverstrengelingen met de opdrachtgevers.

Ingezonden brief

In deze PulmoScript vindt u de open brief van collega van Zandwijk, die heeft geleid tot artikelen in het NRC in april dit jaar. Van Zandwijk legt in zijn brief de emotie bloot die achter het zakelijke rapport van Crisislab gaat, en meldt haarfijn welk leed niet wordt meegenomen met de zakelijke benadering van de 'verloren levensjaren'. Deze benadering ligt veel dichterbij onze longartsenpraktijk, waarin wij vaak en intensief contact hebben met de slachtoffers van asbest, dan de zakelijke benadering van het bovengenoemde rapport. De reactie van Van Zandwijk is mild in vergelijking met die van de werknemersorganisatie uit de bouw. Staatssecretaris van Ark zegt in het debat van 6 maart over het rapport: "In sommige gevallen blijken de gezondheidsrisico's beperkt, maar de gezondheid en veiligheid van werknemers en omwonenden blijft het belangrijkste uitgangspunt." (tweedekamer.nl/kamerstukken)

In dit perspectief blijft het 'Standpunt Asbest' van de NVALT, dat in 2017 door de toenmalige Sectie Mesotheliomen was geformuleerd naar aanleiding van de discussie rondom de wetgeving over het ruimen van asbestdaken (zie PulmoScript 21 maart 2017), actueel. De NVALT pleit onder andere voor:

- vermijden van ieder vermijdbaar asbestcontact.
- adequaat saneren van asbest, zoals onder andere de regelgeving rondom de asbestdaken voorstaat.
- aanpassen van regelgeving i.v.m. kostenefficiëntie, maar alleen indien de veiligheid gegarandeerd blijft.

Het rapport is helder en vermeldt belangenverstrengeling met opdrachtgevers.

Asbest is bewust in onze samenleving toegelaten, ook ruim nadat bekend was dat asbest kankerverwekkend was. Dege- ne die hier mogelijk nu nadeel van ondervinden hebben hier geen keuze in gehad. Derhalve is het ook onze verantwoordelijkheid om niet deze fout uit het verleden te laten leiden tot slachtoffers in het heden. Een compleet veilige maatschappij is een utopie. Door de maatschappelijke discussie over asbest in het publieke domein te trekken, zoals collega van Zandwijk met zijn open brief heeft gedaan, hopen we dichterbij een acceptabele oplossing te komen.

Vanuit de Sectie Asbest-gerelateerde aandoeningen
Sjaak Burgers, voorzitter

Referenties:

www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/kamer_in_het_kort/debat-over-het-bericht-dat-de-overheid-geen-grip



Gemiste Kans

Recent werd ik in Australië geattendeerd op het rapport 'Inzichten voor een proportioneel asbestbeleid', dat een paar weken geleden is verschenen. Op verzoek van een aantal woningbouwverenigingen was er door een consortium bestaande uit medewerkers van het Crisislab (Universiteit van Nijmegen), de Universiteit van Utrecht en TNO, een poging gedaan om de risico's van het vrijkomen van asbest bij bouwwerkzaamheden en brand vast te stellen. Daarbij werd aangenomen dat blootstelling (inademing) van geringe aantallen asbestvezels een zeer beperkt risico zou opleveren. Achter hun bureau deden de onderzoekers een educated guess naar het aantal asbestvezels in de lucht en de duur van de blootstelling en vervolgens werd deze gefingeerde blootstelling 'vertaald' in preventieve maatregelen. Via het potentieel verlies aan levensjaren, werd de kosteneffectiviteit van eenvoudige dan wel perfectioneerde preventieve maatregelen berekend. Een investeringsnorm van 60.000 Euro (ter voorkoming van een verloren levensjaar) werd gebruikt om de proportionaliteit van preventieve maatregelen

vast te stellen. Gebruik makend van verschillende scenario's, aangedragen door woningbouwverenigingen, kwam het consortium tenslotte tot de conclusie, *dat asbest minder risico's oplevert, dan tot nu toe werd gedacht.*

Het rapport maakt melding van een begeleidingscommissie bestaande uit 12 vertegenwoordigers van woningbouwverenigingen. Aldus lijkt het onwaarschijnlijk dat aan een belangrijke voorwaarde voor academisch onderzoek (onafhankelijkheid) is voldaan. Bij het raadplegen van de lijst van medewerkers valt ook op dat er bij dit onderzoek geen enkele epidemioloog gespecialiseerd in kankeronderzoek was betrokken.

In de inleidende paragraaf stellen de onderzoekers: *"Dit onderzoek beschrijft de risico's op het niveau van aan asbest blootgestelde populaties (zoals bewoners of werknemers). Het onderzoek doet geen uitspraken over het risico's dat individuen lopen"*. Vreemde zinnen, die de toepasbaarheid van het rekenwerk van de onderzoekers lijken te ondergra-

ven. Immers, het kankerverwekkende risico van asbest is voor sommigen van ons helaas vele malen groter dan voor anderen. Genetisch onderzoek heeft dat volstrekt duidelijk gemaakt. Het door asbest op gang gezette proces met als eindpunt kanker neemt in de meeste gevallen tientallen jaren in beslag en dat werpt een aanzienlijke barrière op om oorzaak en gevolg met elkaar te verbinden. Niettemin bleken in Denemarken leerlingen van scholen, die zich op minder dan 750 m van een asbestverwerkend bedrijf bevonden, een aanzienlijk verhoogde kans op asbestkanker te hebben¹ Het 'Collegium Ramazzini' vroeg in 2016 nog weer eens aandacht voor het mondiale asbestprobleem en benadrukte het belang van radicale preventieve maatregelen² Het verhaal van Lincoln Ross Hall, de fameuze bergbeklimmer, die op 56-jarige leeftijd aan mesothelioom overleed, is een goed voorbeeld hoe schadelijk geringe blootstelling aan asbest kan zijn. Een speelgoedhuisje van asbestplaat was zijn enige asbestcontact. Zo zijn er nog veel meer tragische voorbeelden. Simpelweg wonen in een huis met asbest isolatie is niet veilig. De kans op een mesothelioom bleek 2.5 x verhoogd³. De auteurs concludeerden: *"Our findings have important health, social, financial, and legal implications for governments and communities in which asbestos has been used to insulate houses"*. Ook een hernieuwde analyse van 14 studies over risico's van beperkte beroepsmatige blootstelling aan asbest bevestigt het verhoogde risico van geringe blootstelling⁴. Behalve mesothelioom en longkanker worden ook kanker van het strottenhoofd en van het ovarium gerekend tot de kwaadaardige ziekten, die door asbest kunnen worden uitgelokt. Het heeft veel spreekwerk gekost om deze relaties te leggen. Onduidelijk is wat de gevolgen zijn van kortdurende blootstelling aan zeer hoge concentraties van asbestvezels veroorzaakt door power tools. Het feit dat omstreeks 30% van de huidige asbestslachtoffers in Australië alleen buiten hun werkomgeving aan asbest waren blootgesteld stelt niet gerust⁵.

Het consortium concludeerde dat bij brand de risico's voor brandweerlieden en omwonenden vrijwel nihil zijn. Helaas heeft het Crisislab de dramatische gezondheidseffecten van

de stofwolken (3% asbest) van het World Trade Center over het hoofd gezien⁶. Alhoewel het nog veel te vroeg is om de oncologische consequenties van deze ramp nauwkeurig te beoordelen zijn er reeds aanwijzingen dat beenmergkanker meer voorkomt bij personen die waren blootgesteld aan de kankerverwekkende stoffen, die op 9/11 in New York vrijkwamen⁷. Moeten we ons, zoals de samenstellers van het rapport suggereren, zorgen maken over de kosten van een mondkapje, indien op grond van historische gegevens wordt aangenomen dat de concentratie van asbestvezels in een bepaald scenario beneden een kritische grens blijft? Ik zou het er niet op laten aankomen. Professor Ira Helsloot (Crisislab) spreekt van een *"Waanzinnig disproportioneel asbestbeleid"* in Nederland. Mede op grond van de argumenten hierboven genoemd lijkt mij deze stelling onjuist.

Het is niet eenvoudig om een gewogen advies te geven over de zin en onzin van beschermende maatregelen bij brand of het verwijderen van asbest uit bestaande gebouwen. In elk geval is van belang dat hierbij maximaal gebruik gemaakt wordt van beschikbare expertise en dat elk potentieel 'conflict of interest' wordt vermeden. In Nederland, met een aanzienlijk aantal gespecialiseerde onderzoekers (public health, epidemiologie, asbestziekten), is dergelijke expertise ruim voorhanden. Tenslotte mogen wij de Nederlandse asbestslachtoffers niet uit het oog verliezen. Vele jaren hebben zij moeten strijden voordat de relatie asbest en kanker door de gemeenschap inclusief werkgevers werd erkend. Preventie van dat leed behoort onze eerste zorg te zijn en te blijven.

Nico van Zandwijk, Sydney

1. Dalsgaard SB et al, Occup Environ Med 2019
2. Scand J Work Environ Health. 2016
3. Korda RJ et al, Lancet Public Health, 2017
4. Olsson AC et al, Epidemiology 2017
5. Soeberg MJ et al, J Toxicol Environ Health B Crit Rev. 2016
6. Lippmann M et al, Crit Rev Toxicol 2015
7. Landgren O et al, JAMA Oncol 2018

SONCOS

Het SONCOS normeringsrapport (nr. 7 2019) is alweer enige tijd aangepast. Het onderdeel longtumoren is beperkt aangepast. Niet alle voorstellen voor wijziging konden voor deze versie meegenomen worden. Deze zullen voor de volgende ronde wel meegenomen worden. In het algemene deel (voorwaarden oncologisch zorg) staan wijzigingen waar wij allen ook kennis van moeten nemen. Voorstellen voor wijziging van andere onderdelen van het SONCOS normeringsrapport (versie nr. 8 2019) kunt u indienen voor de volgende herzieningsronde. Mocht u onderde-

len willen wijzigen dan verzoek ik u deze ruim voor september 2019 af te stemmen met het DB van de SON via Judith Herder (GJM.Herder@meandermc.nl). Mocht uw voorstel meerdere beroepsverenigingen betreffen, dan dienen wij dit tijdig bespreekbaar te maken. Consensus is tenslotte een vereiste.

U kunt het SONCOS vinden op de website onder 'secties/son/documenten-oncologie'.

Judith Herder

Longarts in de tropen

Inmiddels ben ik alweer een paar maanden aan het werk in het St Elisabeth Hospitaal op Curaçao en kan ik een beetje de balans opmaken van wat voor mij een zeer hectische periode in mijn leven was.

Na een slecht jaar 2017 waarin ik enige tijd niet werkzaam was als gevolg van burn-out en begin 2018 het einde van een langdurige relatie, kruiste mijn weg zich met die van Folkert Brijker die op zoek was naar een longarts als vervanging voor een vertrekkende collega op Curaçao. Gezocht werd naar een longarts met aandachtsgebied ILD en infectieziekten; dus niet mijn profiel. Omdat ik op dat moment wel open stond om het roer radicaal om te gooien legde ik wel contact met Folkert en kwam het tot een ontmoeting in Utrecht waar hij toch moest zijn voor gesprekken met kandidaten voor de gestelde vacature. Een week later volgde een tweede ontmoeting waar ook de inmiddels gekozen nieuwe vervangend longarts bij was en ook deze avond was zodanig geslaagd dat Folkert me de volgende dag een foto van ons drieën stuurde met de tekst: (zo ziet de nieuwe vakgroep op Curaçao er uit!). Een toestemming tot uitbreiding van de vakgroep bleek snel geregeld te kunnen worden dus eind juli ging ik voor het eerst in mijn leven enkele dagen naar Curaçao om daar te praten met de Raad van Bestuur, de voorzitter van de medische staf en personeelszaken. Bij terugkomst in Nederland hakte ik de knoop door en vanwege een opzegtermijn van 6 maanden verwisselde ik mijn werk/woon/leefgebied in februari na 10 goede jaren met fijne collega's en medewerkers in het Maasstadziekenhuis te Rotterdam voor een start per 1 maart 2019 in het SEHOS (Sint Elisabeth Hospitaal) in Willemstad, Curaçao. Een uitdaging op alle fronten!

Behalve het heerlijke meteorologische klimaat blijkt er ook een heerlijk werkklimaat in het ziekenhuis te heersen! Natuur-

lijk zijn niet alle middelen voorhanden die we in Nederland zo vanzelfsprekend vinden en ook het tempo en het arbeidsethos is vaak anders, maar de mensen zijn aardig en respectvol en de collegae werken allemaal hard om goede zorg te verlenen. Patiënten komen door allerlei factoren zoals angst en ontkenning vaak pas laat als ziekten al ernstig en vergevorderd zijn en we zien bijzondere en onbekende aandoeningen en/of bijzondere presentaties van bekende ziekten.

De longvakgroep bestaat uit 3 enthousiaste mensen en de samenwerking met de internisten groep is nauw en goed. De assistenten-pool is fors en ook wij hebben steeds een zaalarts. Wij zijn in loondienst van het ziekenhuis en vormen een gemotiveerde, bevlogen groep.

Kleine veranderingen kunnen al flinke verbeteringen betekenen en dat maakt het werk erg bevredigend. Ook de bouw van een splinternieuw ziekenhuis (het Curaçao Medical Centre) waar we in november naar toe hopen te verhuizen inspireert iedereen om een inhaalslag te maken en het niveau van de zorg hoger te tillen. Het is dus niet de wil maar wel de middelen die de ontwikkelingen beperken. Helaas blijkt veel geld voor de gezondheidszorg te verdwijnen in de zakken van mensen die buiten de ziekenhuizen in privépraktijken werken en daar huisartsenwerk verrichten tegen een specialistentarief en zo 77% van het totaal beschikbare budget cashen. Ik hoop dat met de komst van het nieuwe ziekenhuis en een verandering in de declaratiestructuur deze wantoestanden tot een halt geroepen kunnen worden zodat er geld is in het ziekenhuis voor verbandmiddelen en medicatie. Immunotherapie is nog even niet een reële behandeloptie vrees ik. Iets waar ik wel moeite mee heb omdat ik al ervaren heb hoeveel het voor patiënten kan betekenen. Maar ik realiseer me ook dat voor het bedrag wat behandeling van één patiënt kost wel 10



anderen behandeld kunnen worden met goedkopere medicatie zoals cytostatica waarbij meer overlevingswinst geboekt wordt in bepaalde ziekten.

Inmiddels hebben we al wel een mijlpaal bereikt! Voor het nieuwe ziekenhuis was al EBUS apparatuur aangeschaft en we kregen toestemming om deze al in het SEHOS in te gaan zetten. Op 5 april deden we de eerste EBUS om een sarcoidosis te bewijzen en op 8 april deden we een EBUS bij een patiënte met een longtumor, geen evidente lymfadenopathie maar wel een pathologische linker bijnier. Gelukkig was ze van klein postuur dus het lukte niet alleen om enkele kleine kliertjes aan te prikken (en toch metastase te bewijzen!) maar ook de linker bijnier kon bereikt en geprikt worden waardoor we stadium 4 adenocarcinoma bewezen!

Hoewel de techniek duur lijkt voor een land als Curaçao denken we veel te kunnen besparen op uitzendingen naar Colombia voor PET scans en zelfs kan het ziekenhuis er aan verdienen als we EBUS ook voor andere (ei)landen zouden gaan doen (medisch toerisme naar Curaçao!).

Mooie ontwikkelingen in een heerlijk land waar het leven goed en relaxed is! Los van het werk speelt alles zich buiten af, dag en nacht (desgewenst...). De drukke toeristische delen, de meer rustige lokale stranden, de opgewekte positieve instelling van de Curaçaoënaar en het heerlijke weer maken het leven hier heerlijk. En werken met enthousiaste collega's, Folkert Brijker en Tamara Blonk, met wie je echt een team vormt is een genot! Longarts in de tropen; géén spijt!

Paul van den Berg



Buitenlandstage Curaçao

Verslag van opgedane eerste ervaringen

Beste collega's,

Graag doen wij, Folkert Brijker, longarts CMC en Guido Reijnen, AIOS Rijnstate, u verslag van de buitenlandstage die voor AIOS longgeneeskunde wordt aangeboden op het mooie zonnige Curaçao.

Curaçao is een eiland in de zuidelijke Caribische zee met 160.000 inwoners. Het is een cultureel rijk eiland, met meer dan 50 woonachtige nationaliteiten. Het Curaçao Medical Centre (CMC) heeft, met een verwijfsfunctie voor o.a. Bonaire en St. Maarten en aanbod van toeristen, een adherentiegebied van ruim 200.000 personen. Van oudsher heeft het ziekenhuis een aantal topklinische voorzieningen, daarnaast heeft het een lang bestaande traditie als opleidingsziekenhuis. Voorheen herbergde het ziekenhuis diverse Nederlandse medisch-specialistische vervolgoopleidingen, o.a. voor de interne geneeskunde, chirurgie, kindergeneeskunde, gynaecologie en psychiatrie. Sinds dat Curaçao in 2010 een apart land is geworden binnen het Nederlandse Koninkrijk zijn de opleidingsvoorzieningen aanwezig in de vorm van buitenlandstages.

De longafdeling heeft een variabel aantal bedden (± 20) in harmonica-model op de vleugel samen met de cardiologie. De vakgroep bestaat uit 5 longartsen waarvan er 3 in het ziekenhuis werkzaam zijn en 2 een eigen praktijk hebben.



De longziekten wordt in volle omvang bedreven. Voor de endobronchiale technieken, waaronder EBUS en EUS, heeft het ziekenhuis een regiofunctie voor het Caribische gebied. Afgelopen januari was ik, Folkert verheugd om samen met de vakgroep longziekten Guido een buitenlandstage aan te kunnen bieden.

Het Curaçao Medical Centre biedt een stage aan waarin de volgende onderdelen aan bod kunnen komen:

1. Pulmonale infectieziekten
2. Interstitiële longziekten (ILD) en pulmonale hypertensie
3. Supervisie

Buitenland stage

Pulmonale infectieziekten. De buitenlandstage biedt de mogelijkheid om binnen de EPA 'Pulmonale infectieziekten' competenties te verwerven. Pulmonale infectieziekten komen ruimschoots aan bod: er is een goede samenwerking met medisch microbioloog, internist-infectioloog, intensive care en tuberculosedienst. Voor dit thema kan de stage specifieke spreekuren bevatten voor tuberculose, bijzondere verwekkers en opportunistische infecties, MDO Intensive Care voor consultfunctie pulmonale infecties, participatie 'antibiotica stewardship' en voorzitten van MDO tuberculose.

Interstitiële longziekten (ILD) en pulmonale hypertensie. Er is een hoge prevalentie van aan systeemziekten gerelateerde pulmonale presentaties. Mede om deze reden is er een intensieve samenwerking met het Erasmus MC Rotterdam in de vorm van periodiek MDO middels video conference, laagdrempelig spoedoverleg en actieve verwijzingen. Tevens vinden er lokale MDO's plaats met respectievelijk de internist en consulent reumatologie voor ILD bij systeemziekten en met de cardiologen voor patiënten met pulmonale hypertensie. Voor een stage met dit thema kunnen specifieke spreekuren worden gerealiseerd en kan de AIOS het MDO met Erasmus MC, MDO met internist en consulent reumatologie en MDO met cardiologie voorzitten.

Supervisie aan coassistenten en arts-assistenten (ANIOS en AIOS interne geneeskunde). Door de gemeenschappelijke poule arts-assistenten voor de interne geneeskunde en longziekten leent de stage zich uitstekend voor het aanleren of verbeteren van supervisie, zowel overdag als in de dienst in een neutrale leeromgeving. De ervaring leert dat het voor een AIOS longziekten als een waardevolle brug kan dienen op weg naar het functioneren als longarts. Een stage met aandacht voor dit thema wordt gekozen voor supervisie SEH, doorgaans aan ANIOS interne, 's avonds en in weekend ('achter-achterwacht' door dienstdoende longartsen) en uiteraard verantwoording tijdens ochtend en middagoverdrachten.

Al met al is een verblijf in Curaçao een prachtige aanvulling op je opleiding.



Vlnr: Folkert Brijker, Tamara Blonk en Guido Reijnen (Paul van den Berg niet aanwezig)

De stage kan voor 1 tot 4 maanden worden gevolgd. Er dient individueel toestemming te worden gevraagd voor de stage bij de opleider in eigen opleidingskliniek en bij de RGS om de stage onderdeel te mogen laten zijn van de opleiding tot longarts. Deze procedure bij de RGS is relatief eenvoudig maar dient wel tijdig en in samenspraak met de eigen opleider in gang gezet te worden.

Guido: Afgelopen januari heb ik een buitenlandstage gevolgd op Curaçao. Inhoudelijk heb ik specifiek voor Curaçao gekozen omdat ik de situatie van supervisie waarbij ik mijn directe AIOS-collega's ineens zou moeten gaan superviseren wilde vermijden. Het Curaçao Medical Centre bood mij de mogelijkheid om in het laatste jaar van mijn opleiding als 'echte longarts' te gaan werken in een nieuwe omgeving en dus uit de AIOS-rol te stappen. Dit bootste naar mijn mening de situatie van een eerste baan als longarts het beste na. Ook de randvoorwaarden werden door het ziekenhuis geregeld conform 'longarts' en niet conform 'AIOS'; een echte auto, verblijf met zwembad en vliegticket waren namelijk inclusief.

Tijdens mijn stage heb ik naast mijn poliklinische werkzaamheden en verrichtingen de arts-assistenten gesuperviseerd (ANIOS en AIOS vooropleiding). De uiteenlopende pathologie die ik voorbij heb zien komen heeft me positief verbaasd. De aantallen patiënten met bijzondere pulmonale infectieziekten, pulmonale hypertensie en interstitiële ziektebeelden zijn indrukwekkend. Wekelijks heb ik een blog bijgehouden voor mijn AIOS-collega's waarbij ik me heb moeten inhouden om geloofwaardig over te blijven komen.

De samenwerking binnen de vakgroep longziekten is heel plezierig, overleg kan altijd laagdrempelig en er heerst een optimistische sfeer. Het ochtendrapport is samen met de internisten en hiervoor wordt dan ook uitgebreid de tijd genomen. Casuïstiek wordt uitgebreid bediscussieerd op een hoog niveau en er is meerdere malen per week onderwijs. Er wordt hard en serieus gewerkt.

Een groot pluspunt is de intensieve samenwerking tussen het Curaçao Medical Centre en meerdere academische centra in Nederland, waaronder Amsterdam UMC, UMCG en het Erasmus MC. Tijdens mijn stage heb ik één patiënt met rechtsdrukken van 108mmHg met het vermoeden op een iPAH uitgezonden naar Rotterdam alwaar de diagnose bevestigd kon worden. Hierbij is het organiseren van een trans-Atlantische uitzending al een beleving op zichzelf. Periodiek is er een MDO ILD en een MDO PH met het Erasmus MC waarbij casuïstiek laagdrempelig besproken kan worden. Ook het culturele aspect is iets wat ook volop terugkwam in de stage. Het leuke hierbij is dat de vakgroep een lokale longverpleegkundige in dienst heeft die als het nodig is 'cultureel kan tolken' tussen arts en patiënt.

Kortom, de stage heb ik als een groot succes ervaren waarbij ik veel geleerd heb en daarnaast een geweldige tijd op het eiland heb gehad. Ik had deze ervaring binnen mijn opleiding niet willen missen en zie het als zeer waardevolle aanvulling.

Voor vragen neem contact op met: familiebrijker@outlook.com, WhatsApp +5999 522 52 80

Opleiding in de Kijker HagaZiekenhuis, Den Haag

Den Haag: De Hofstad achter de duinen. De grootste stad aan de Noordzee met strand (en strandtentjes) van Scheveningen tot aan Kijkduin. Een fijne plek om te wonen en natuurlijk om de opleiding tot longarts te volgen!

Het HagaZiekenhuis is in 2004 ontstaan uit een fusie van het Leyenburg ziekenhuis, het Rode Kruis Ziekenhuis en het Juliana Kinderziekenhuis. We zijn een topklinisch opleidingsziekenhuis met een van de grootste spoedeisende hulp afdelingen van de regio. Daarnaast hebben we een acute opname en diagnostiek afdeling (AODA) voor opnames van maximaal 48 uur. Op onze verpleegafdeling longziekten hebben we 35 bedden met daarbij de mogelijkheid voor non-invasieve beademing.

De vakgroep bestaat uit 14 longartsen en 10 AIOS en ANIOS. Daarnaast zijn er altijd AIOS van de interne geneeskunde of cardiologie in het kader van de vooropleiding.

Het HagaZiekenhuis is het enige perifere ziekenhuis in Nederland waar patiënten met Cystic Fibrosis behandeld worden. Daarnaast zijn we een regionaal kenniscentrum voor patiënten met ernstig astma. Andere aandachtsgebieden zijn de longoncologie, interstitiële longaandoeningen en slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen. We zien als AIOS dus voldoende 'mab'-jes voorbijkomen in het kader van longkanker en ernstig astma. Ook op het gebied van tuberculose en pulmonale hypertensie kom je in het HagaZiekenhuis niks tekort.

Elke AIOS heeft naast zijn/haar stage standaard elke week een dagdeel behandelkamer. Door deze constructie worden diverse verrichtingen, waaronder ook de EBUS, gedurende de gehele opleiding uitgevoerd met als resultaat goede ontwikkeling van onze vaardigheden.

Gedurende de opleiding is er een uitwisseling met het LUMC voor de academische stage en hebben we ruimte voor een verdiepingsstage in het aandachtsgebied naar keuze. Daarnaast is er ruimte voor een wetenschapsstage. Aan het einde van de opleiding is er de mogelijkheid voor een supervisie-stage waarin je voorbereid wordt op de dagelijkse praktijk als specialist.

Als alle patiënten goed verzorgd in hun bed met zeezicht liggen, dan is het natuurlijk tijd voor onze vrije tijd. Als de zon schijnt zou je ons zomaar kunnen vinden in een van de vele strandtenten die Den Haag telt. In 2018 hebben we een longweekend georganiseerd. Niet alleen hebben we in bomen geklommen en zijn we bijna ontsnapt aan de maffia in de escaperoom, maar is er ook heerlijk gekookt door een aantal artsen, uiteraard onder het genot van een heerlijk drankje. Na dit grote succes gaan we zo'n weekend zeker elk jaar voortzetten!

Namens de arts-assistenten van het HagaZiekenhuis,

Stephanie van Loon-Kooij



Verdiepingsstage in de kijker: Ernstig astma in het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL)

Tijdens de cursus 'Op de hoogte van astma' in Davos (Zwitserland) realiseerde ik mij hoe interessant en uitdagend het aandachtsgebied (ernstig) astma is en ik wilde mij hierin verder verdiepen. Zo gezegd, zo gedaan, en na overleg met mijn opleider uit het Martini Ziekenhuis (Groningen) kreeg ik de mogelijkheid om tijdens de verdiepingsstage van oktober t/m december 2018 mij verder te bekwamen in ernstig astma. Voor de verdiepingsstage heb ik gekozen voor het MCL, een expertisecentrum op het gebied van ernstig astma. Eén aandachtsgebied, andere mensen en een ander ziekenhuis; de ingrediënten om buiten je comfortzone te treden en je verder te ontwikkelen. Het MCL biedt een goed doordacht en afgebakend programma, waarbij je tijdens deze verdiepingsstage het maximale eruit kan halen. Er is volop expositie in de 'ernstig astma' spreekuren, maar er is ook tijd voor verdieping/administratie. Het programma ziet er als volgt uit: Er zijn 4 (ernstig) astma spreekuren per week, een hoestpoli, een allergologiepoli, meelopen met de 1 daags analyse, en 1x in de 2 weken het ernstig astma MDO waarbij je zelf patiënten inbrengt. Daarnaast is er veel ruimte voor (laagdrempelig) overleg, onderwijs en zelfstudie. En niet geheel onbelangrijk: er heerst een hele prettige sfeer. Tijdens deze verdiepingsstage heb ik veel ervaring opgedaan met het stellen van de diagnose moeilijk behandelbaar en ernstig astma, de bijbehorende fenotypering, de treatable traits en het opstarten en evaluatie van de behandeling met biologicals. De gestructureerde aanpak is niet alleen erg leerzaam, maar ook bruikbaar voor herkenning en therapie in de algemene longartsenpraktijk. Daarnaast was er veel aandacht voor astma & allergie en astma & zwangerschap. Uniek in het MCL is de 1-daags analyse waarbij patiënten met ongecontroleerd astma in één dag volledig door de molen worden gehaald. Een patiëntvriendelijke benadering, zeker voor patiënten die voor een second opinion doorverwezen worden door longartsen elders uit het land. Het programma van de 1-daags analyse ziet er voor de patiënt(e) als volgt uit: Een consult bij de longconsulent



(educatie, inhalatiecheck en therapietrouw worden beoordeeld), een uitgebreide intake bij de longarts, longfunctieonderzoek met NO meting en sputuminductie, een consult bij de fysiotherapeut en tot slot een consult bij de psycholoog. Na afloop gaat de patiënt(e) naar huis in afwachting van het uitslaggesprek. Ondertussen worden de patiënten uitgebreid in het MDO besproken. Tijdens het uitslaggesprek worden de uitkomsten van de 1-daags analyse besproken en wordt de patiënt(e) in principe met een geadviseerd behandelplan terugverwezen naar de eigen longarts. Kortom: een goed opgezette verdiepingsstage! Voor iedere AIOS met aandachtsgebied astma kan ik deze stage van harte aanbevelen. Anneke ten Brinke, Akke-Nynke van der Meer en de rest van de collega's uit het MCL, nogmaals bedankt voor de ontzettend leerzame tijd en prettige samenwerking tijdens deze periode!

Marjolein van Es, AIOS longziekten Martini Ziekenhuis (Groningen)



Jonge Klare in de Kijker

Naam: Marieke Drijver

Geboortedatum: 12-03-1985

Opleiding geneeskunde: Rijksuniversiteit Groningen, 2010 afgestudeerd

Opleidingskliniek: Martini Ziekenhuis (MZH) Groningen

Werkt nu in: Nederlands Astmacentrum Davos (NAD), Davos, Zwitserland.

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

Wat me leuk leek toen ik startte met de opleiding, was de diversiteit aan ziektebeelden binnen dit specialisme en daarmee ook de diversiteit in het werk dat je als longarts doet: acute zorg, chronische zorg, beademing, palliatieve zorg, het doen van verrichtingen. Het beeld wat ik had toen ik startte is eigenlijk alleen maar in positieve zin bevestigd. Waar ik me over heb verbaasd is dat je je nog zoveel verder kunt verdiepen in al die sub-specialismen binnen ons vak. Ik had nooit gedacht dat ik zo razend enthousiast zou kunnen worden over ernstig astma.

Wat is je aandachtsgebied en hoe ben je daarachter gekomen?

Ik ben me in het laatste jaar van de opleiding gaan verdiepen in ernstig astma. Omdat ik op mijn algemene poli een paar 'lastige' astmapatiënten had waarmee ik maar niet verder kwam, ben ik om raad gaan vragen bij Annelies Beukert (zij behandelt ernstig astmapatiënten in het MZH). Er ging een wereld voor me open; er viel nog zoveel meer te leren over astma! Mijn interesse was gewekt en het enthousiasme groeide. Hierop heb ik besloten een verdiepingsstage ernstig astma te doen in het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL). Deze stage heb ik als ontzettend waardevol ervaren en heeft absoluut bijgedragen aan mijn ontwikkeling in dit aandachtsgebied.

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

Dan moet ik zeker een aantal belangrijke vrouwen noemen; Annelies Beukert: dankzij haar aanstekelijke enthousiasme ben ik me in ernstig astma gaan verdiepen, Anneke ten Brinke en Akke Nynke van der Meer (MCL): zij hebben met veel passie en enthousiasme de verdiepingsstage ernstig astma begeleid waardoor ik heel veel heb kunnen leren. Lous Rijssenbeek (NAD): dankzij haar bevlogenheid en gastvrijheid om een paar weken mee te komen draaien in Davos ben ik zo nieuwsgierig geworden naar hooggebergtebehandeling bij ernstig astma, dat ik heb besloten om in het NAD te komen werken. Aan alle hierboven genoemde longartsen ontzettend veel dank voor jullie enthousiasme en inspiratie!

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

Ik denk dat je als jonge klare altijd wel ergens aan de slag kan,

meestal is de eerste baan niet direct een vaste baan. Hoewel het starten van een nieuwe baan vaak veel impact heeft op je privéleven (al dan niet verhuizen, combineren met partner en kinderen) en een tijdelijke baan wat dat betreft niet ideaal is; is het denk ik wel de mogelijkheid en het moment om je verder te ontplooien en te specialiseren in dat aandachtsgebied waar jij enthousiast van wordt.

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

Ik merkte dat je eigenlijk in het laatste jaar grotendeels vanzelf naar die verantwoordelijkheid toe groeit, je bent er dan ook wel aan toe om klaar te zijn. Het blijft soms fijn om even met collega's te sparren over hoe je iets zult aanpakken.

Wat wil je de komende jaren bereiken?

Ik heb ontzettend veel zin om de komende jaren veel klinische ervaring op te doen bij de behandeling van ernstig astmapatiënten in het hooggebergte; waarbij ik met diverse astma-fenotypes te maken heb en waarbij multidisciplinaire aanpak centraal staat. Daarnaast hoop ik mijzelf meer te ontplooien op het gebied van managementtaken en wetenschappelijk onderzoek.

Hoe combineer je je werk met je gezinsleven?

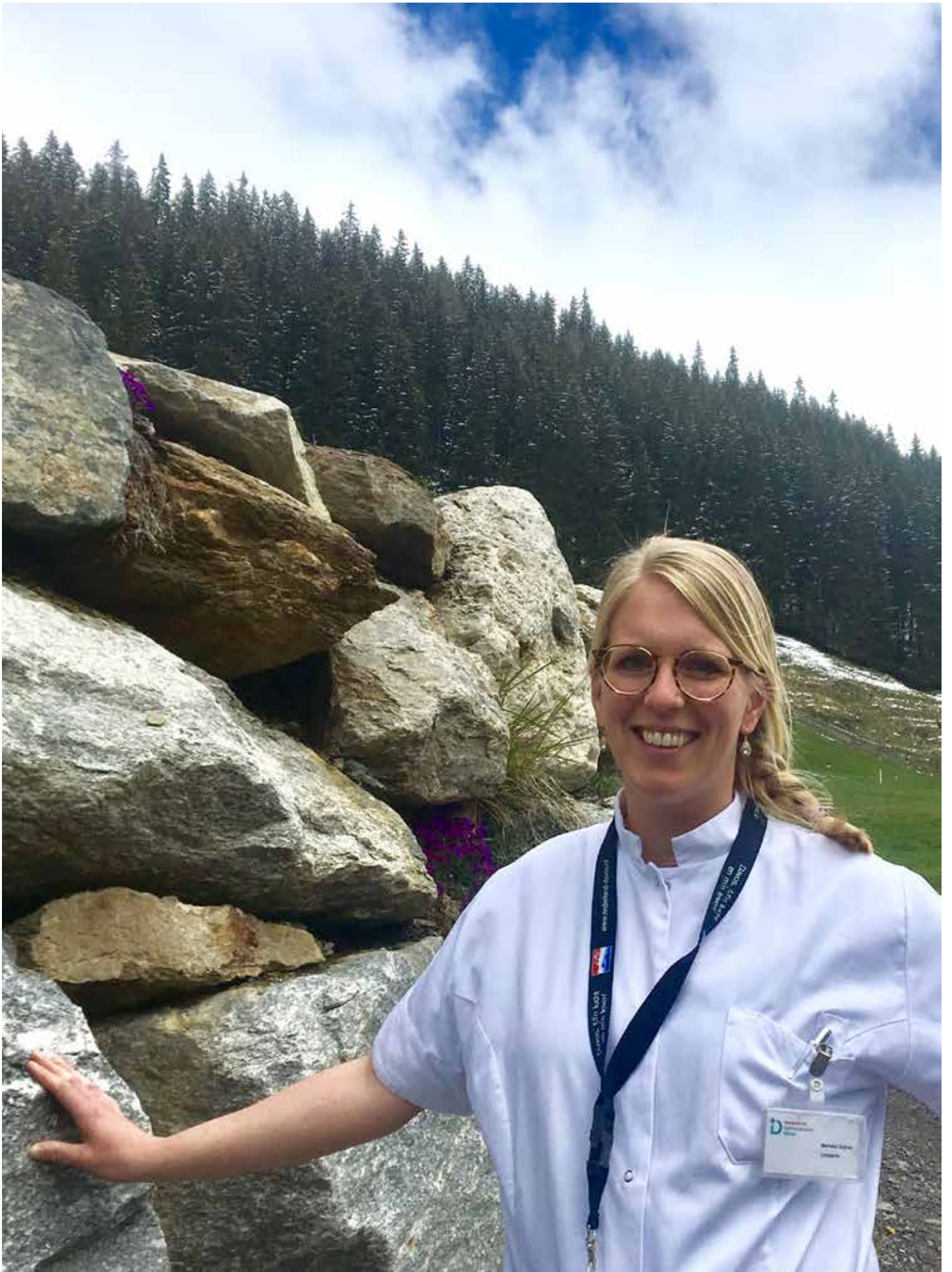
Momenteel ben ik de kostverdiener thuis, ik werk 90%. De dienstbelasting is relatief hoog omdat we maar met twee longartsen werken bij het NAD. Toch probeer ik echt 'thuis' te zijn als ik thuis ben en zoveel mogelijk van mijn gezin te genieten. Tot nu toe lukt dat aardig goed.

Heb jij adviezen voor beginnende assistenten?

Maak op tijd een plan voor hoe je je opleiding wilt indelen, probeer op het eind voldoende ruimte over te houden voor een stuk verdieping in een aandachtsgebied. Zoek de juiste personen op die je daarin kunnen stimuleren en enthousiasmeren.

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

Ik vind dat zowel astma als COPD in het cursorisch onderwijs uitgebreider aan bod zouden moeten komen. Eigenlijk zou de hele inhoud van de cursussen 'Bomen over COPD' en 'Op de hoogte van Astma' aan bod moeten komen, zodat alle facetten van beide ziektebeelden behandeld worden. Daarnaast moet de stage wetenschap meer en beter vorm krijgen in de opleiding.



Pulmonaal portret



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

Naam: Olga Schuurbiers
Geboren: Nijmegen, 1970

Opleidingskliniek: RadboudUMC
Huidige kliniek: RadboudUMC

Waarom koos je destijds voor de studie geneeskunde?
Mijn oma was vroeger ernstig ziek door tuberculose en heeft langdurig gekuurd op Dekkerswald. Het voelde bijzonder om

later zelf op Dekkerswald rond te lopen en dingen te herkennen van de foto's uit vroegere tijden. Op latere leeftijd begeleidde ik haar vaak in het ziekenhuis en heb zelf ook enkele weken op de longafdeling bij haar geslapen toen ik nog op school zat. Dat heeft op mij denk ik veel indruk gemaakt.

Wat is je aandachtsgebied en waarom?

Mijn aandachtsgebied is thoracale oncologie. Ik hou me voornamelijk bezig met EUS/EBUS, het diagnostisch proces en de long chirurgische patiënt. In het RadboudUMC hebben we een vrij unieke situatie waarin we heel nauw samenwerken met onze cardio-thoracaal chirurgen en waarbij de longarts

de perioperatieve zorg doet. Al meer dan 10 jaar geleden heb ik een multidisciplinaire poli opgezet waar we patiënten met ons team voorlichten. Daarnaast ben ik actief met allerlei projecten zoals data registratie, optimaliseren van zorgprocessen, inrichten van EPIC om zodoende makkelijker te kunnen registreren aan de bron (sorry Carl) en het digitaal werken voor onze groep efficiënter te maken, EHealth en het LongkankerNet. Deze afwisseling in mijn werk vind ik ontzettend leuk.



Ben je actief binnen de NVALT?

Ik ben actief binnen de wetenschappelijke commissie van de DLCA-L. Het registreren in de DICA is natuurlijk voor iedereen een administratieve last maar het gaat ons ook veel waardevolle informatie geven. Uiteindelijk zouden er meer uitkomstmaten moeten komen en zouden we ook aan patiënten moeten vragen naar hun ervaringen. Ik hoop dat we als beroepsgroep tot een goede manier kunnen komen om het registreren te vereenvoudigen met behoud van kwaliteit.

Wat zijn je ambities?

Mijn ambitie is de beste zorg voor elke longkankerpatiënt in Nederland. We zijn een klein land en dat biedt veel mogelijkheden. Samen moeten we dat voor elkaar zien te krijgen. We moeten van elkaar leren en elkaar helpen om zo snel mogelijk innovaties door te voeren. Ik geloof heel erg in netwerken waarin we gebruik maken van elkaars kracht.

Hoe zoek je ontspanning?

Ik ben graag thuis bij mijn gezin: ik heb een hele lieve man, een 16 jarige dochter en een 14 jarige zoon. Ik sport graag.



Verder hou ik veel van buiten zijn, van tuinieren, van mijn twee konijnen. Ik vind ontwerpen en bouwen ook heel leuk. Vorig jaar zomer hebben we een huiswerkbegeleiding opgestart. Daarvoor hebben we samen de boel verbouwd. Verder hebben we een hele leuke groep burens/vrienden en familie waarmee we geregeld een drankje drinken, samen varen of lekker eten.

Wat is je grootste mislukking?

Ik ben zowel gezakt voor mijn fietsdiploma (!) als mijn zwemdiploma. Gelukkig is het later allemaal goed gekomen...

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

Dan had ik graag iets gedaan met ontwerpen. Dan was ik architect geworden, was ik huizen gaan ontwerpen en/of tuinen.

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

Blijf dicht bij jezelf. Dat klinkt misschien een beetje soft maar het belangrijkste bij het maken van keuzes is dat de keuze goed bij je past. Alleen dan kun je plezier houden in wat je doet. En plezier/enthousiasme is belangrijk als je ambities wil waarmaken en op de lange termijn gezond aan het werk wil blijven. Verder, als je een doel hebt in je leven, geniet dan van de weg die je aflegt terwijl je je doel probeert te bereiken. Het doel op zich is mijn ogen niet het allerbelangrijkste, de weg er naartoe moet je ook iets opleveren, anders is je leven voorbij voordat je het in de gaten hebt.

Hoe zie je de toekomst in het ziekenhuis?

De zorg blijft in beweging. Het ziekenhuis is er voor cure: voor hightech behandelingen en minder voor care. Daarvoor zijn andere meer patiëntvriendelijke oplossingen te bedenken. Er komen meer mogelijkheden voor thuisbehandeling met ondersteuning van consulten op afstand. En als ik mag dromen: hopelijk wordt kanker voor elke patiënt een (draaglijke) chronische ziekte, lukt het om meer patiënten te genezen, of nog beter, kan er worden ingegrepen voordat iemand ziek wordt. De rol van de specialist zal door al deze zaken gaan veranderen. Ik hoop dat mijn generatie dat gaat meemaken.

Wat is je lijfspreuk?

Toch wel carpe diem. Soms overkomt je wat waardoor je anders in het leven komt te staan. Ik probeer te genieten van alle dingen in het leven, af en toe even de tijd te nemen en stil te staan en me te verwonderen over mijn omgeving. Of dat nu op mijn werk is of in mijn privé tijd. Dat gaat niet altijd vanzelf, je moet er soms je best voor doen.

Aan wie mogen wij de volgende keer vragen stellen?

Aan Jelle Miedema, Erasmus MC. Jelle is bij ons opgeleid en is een dierbare vriend van mij geworden. Hij is ongelooflijk gedreven in zijn werk en een fijn mens. Ik heb bewondering voor hoe hij zich heeft ontwikkeld binnen de interstitiële longziekten, ben trots op hem en ga nog veel van hem verwachten.

Nieuwe hoogleraar Harry Heijerman: “Voor iedere CF patiënt een pil”

Op 9 mei 2019 hield Harry Heijerman zijn oratie, getiteld ‘Een leven lang de beste zorg’ voor zijn leerstoel in het UMC Utrecht. Hoewel hij al 33 jaar patiënten met cystische fibrose (CF) behandelt, is zijn fascinatie voor deze ziekte er niet minder om geworden. Sterker nog: zijn streven voor de komende jaren is om elke patiënt met CF een pil te kunnen geven!

Tijdens zijn assistententijd kwam Heijerman voor het eerst in contact met patiënten met CF. Hij werkte destijds in het Academisch Ziekenhuis Leiden (nu Leids Universitair Medisch Centrum) onder leiding van Wim Bakker. Heijerman vertelt: “Hij behandelde zo’n 30 mensen met CF, zij werden maar ongeveer 25 jaar oud. Ze waren vrijwel allemaal ondervoed, hadden naast hun longinfecties gastro-intestinale problemen en naar diabetes werd in die tijd nog niet echt gekeken. Ik kon mijn interne kennis daarop botvieren. Ik vond het een intrigerend ziektebeeld. Destijds twijfelde ik nog of ik internist of longarts zou worden, maar uiteindelijk was dit de reden dat ik ben blijven plakken bij de longziekten.”

De oplossing nabij

In de begindagen van Heijermans’ carrière was er enige scepsis bij sommige kinderartsen voor de overname van de behandeling door longartsen van deze groep patiënten. Ze werden tenslotte toch niet ouder dan zo’n 25 jaar! Maar de zaken zijn veranderd. De afgelopen decennia heeft Heijerman zich met veel overtuiging ingezet voor klinisch onderzoek met als doel om de kwaliteit van leven en de levensduur van patiënten met CF te verbeteren. Na 28 jaar in het Leyenburg Ziekenhuis (nu Haga Ziekenhuis) te hebben gewerkt, heeft hij deze plek 2 jaar geleden verwisseld voor zijn huidige positie in Utrecht.

Ik stop pas als iedere patiënt een pil heeft.

Volgens hem is een goede behandeling voor mensen met CF nabij. “Orkambi, dat sinds 2 jaar op de markt is, laat zien dat de longfunctie en de zweetest verbeteren. Het is een corrector in combinatie met een potentiator, maar helaas werkt het niet bij iedereen. Inmiddels zijn er fase 2 onderzoeken met correctoren die vier keer zo sterk werken als Orkambi. Het slijm wordt vloeibaarder en 40-50% van de CFTR-functie komt terug. Er zitten ook nog betere correctoren en potentiators in de pijplijn. Daarnaast bestaat ook Kalydeco, een middel voor patiënten met een zogenaamde gating mutatie (klasse 3) middel, dat in studieverband al wordt gegeven aan jonge kinderen van 6 tot 12 maanden. We zien dat de zweetest bij veel patiënten op die leeftijd zelfs normaliseert en dat ook de pancreasfunctie volledig kan herstellen. Binnenkort zullen ook kinderen van 0 tot 3 maanden het middel in studieverband

gaan krijgen. Dit betekent dat straks kinderen met CF steeds zeldzamer zullen worden”, vertelt Heijerman enthousiast.

Loten voor studies

Waar het voor onderzoeken soms lastig is om voldoende patiënten te includeren, is dit voor CF-studies totaal niet het geval. Heijerman geeft aan dat patiënten moeten loten om mee te mogen doen: “Ze staan te rammelen aan de deur. Het is ook wel een ethische vraag: welke patiënt mag meedoen en wat zijn de criteria? Therapietrouw is daarin een belangrijk item. Onze patiënten zijn ook een klankbord hierin voor advies. Na een fase 3 studie, kan de patiënt het nieuwe geneesmiddel blijven gebruiken volgens compassionate use. Ik verwacht dat er binnen drie jaar een pil is voor iedereen. Zo wordt CF van een dodelijke ziekte een chronische aandoening met weinig ziekteverschijnselen en zien we straks mensen van 80 jaar oud met CF. Ik heb me voorgenomen om niet te stoppen met werken voordat iedereen een pil heeft.”

Orkambi en organoïden

Nieuwe medicijnen, zoals de middelen voor CF zijn erg prijzig. Ruim een jaar geleden was de vergoeding van Orkambi volop in het nieuws. Heijerman: “We doen iets niet goed. De nieuwe middelen zijn momenteel alleen beschikbaar in welvarende landen. Zelfs in België wordt Orkambi nog steeds niet vergoed. We zouden het middel generiek moeten maken, dat drukt de kosten. De farmaceutische bedrijven willen winst maken, maar de patiënt is hier de dupe van.” Helaas werken de medicijnen niet bij alle patiënten. Sinds een paar jaar bestaat de mogelijkheid om vanuit stamcellen vanuit de darm ‘organoïden’ te kunnen kweken. Het bijzondere van deze ‘mini-organen’ is dat ze gebruikt kunnen worden voor het testen van medicijnen voor patiënten met zeldzame mutaties (zo’n 10% van de groep). “Op deze manier kan voorspeld worden wat de reactie is van een geneesmiddel bij de patiënt, een voorbeeld van personalized medicine. De organoïden blijven ook goed in de toekomst. Dit zijn mooie dingen om mee bezig te zijn”, aldus Heijerman.





Geleidelijke overgang

Het viel Heijerman op dat de behandeling van 18-jarigen soms radicaal werd omgegooid als zij van de kinderartsen naar de longarts overgingen. Hij heeft zich dan ook de afgelopen jaren ingezet dit soepeler te laten verlopen. Heijerman gaat verder: "Ik doe samen met Kors van der Ent, kinderarts in het Wilhelmina Kinderziekenhuis een avondspreekuur. We kijken samen naar de patiënt, het gaat tenslotte om dezelfde ziekte.

Patiënten moeten loten om mee te doen aan studies.

En het wordt erg op prijs gesteld door patiënt en de ouders. We proberen de behandeling op elkaar af te stemmen zonder gebruik van protocollen. Tevens hebben we plannen om jaarlijks een gecombineerd multidisciplinair spreekuur te starten voor kinderen en volwassenen samen. Zo gaat de transitie van kinderarts naar longarts natuurlijker."

Verdere optimalisatie van de zorg

Heijerman wil zich verder inzetten om het behandeltraject voor de CF-er makkelijker te laten verlopen, of zoals hij het zelf zegt: "Een patiënt moet zo min mogelijk last hebben van zijn behandeling." Daarvoor is eHealth een uitkomst: "De volwassenen met CF komen vaak van heinde en ver en zeker als het stabiel gaat, is het nogal een inbreuk op je leven. Bij jonge mensen gaat eHealth makkelijk en ze vinden het allemaal

leuk. Ze kunnen thuis longfunctie blazen, wegen, en 2 weken vooraf een sputumkweek opsturen. Daarna hebben ze met mij een belafpraak met beeldondersteuning. Zo kan tot 50% van de afspraken worden voorkomen. Het lukt natuurlijk nooit voor iedereen, patiënten maken er ook wel eens een zootje van. Mensen met COPD hebben vaak wat meer moeite met computers. Ik verwacht dat dat nog een paar jaar kost voordat patiënten dit kunnen doen." Concluderend heeft de nieuwe hoogleraar nog voldoende uitdagingen om de komende jaren te kunnen invullen.

Lisette Kunz





Miel Wouters ontvangt Swieringa penning

Longarts, opleider, afdelingshoofd, medeoprichter van CIRO en Netherlands Respiratory Society (NRS) en meerdere bestuurlijke taken: dit zijn slechts enkele functies van professor Miel Wouters. Voor zijn buitengewone inzet van diagnostiek, behandeling van en onderzoek naar longziekten mocht hij tijdens de Week van de Longen de prestigieuze Swieringa penning in ontvangst nemen.

“Enorm vereerd”, begint Wouters naar aanleiding van deze hoogste onderscheiding binnen de longziekten. “Ik beschouw collega Swieringa als een *founding father* in de longgeneeskunde in Nederland. Tijdens mijn carrière heb ik de combinatie tussen optimale zorg voor de patiënt met COPD geprobeerd te koppelen aan translationeel onderzoek, specifiek gericht om de

zorg voor patiënten met COPD te verbeteren en hier stimuleren aan de geven. Ik beschouw het dan ook als een erkenning voor die bijdrage.”

**COPD is altijd stiefmoederlijk
behandeld.**

Tijdens de jaren '80 lag de klemtoon van onderzoek met name op astma. Volgens Wouters is COPD altijd stiefmoederlijk behandeld. “Er was te veel beleving dat men zelf verantwoordelijk was door het roken, maar ik zag ook hoe niet-rokers door expositie aan anorganische stoffen van de mijnindustrie als

cripples door het leven gingen. Bij COPD moet je naar de totale patiënt kijken, niet alleen naar de longfunctiestoornis. Gelukkig heeft COPD een ontwikkeling doorgemaakt: er is openheid over de ziekte gekomen en het belang van voldoende longrijping in de baarmoeder en de jeugd wordt onderschreven. Vaak is er een vorm van cachexie, magerzucht. Bij mijn onderzoek heb ik gekeken naar de voedingsstatus om zo aandacht te vragen voor het integrale geheel van COPD. Het is goed voor de patiënt dat deze visie nu standaard is geworden.”

Pioniersgeest

Wouters begon zijn opleiding interne geneeskunde in 1978 in Leuven en werd destijds uitgewisseld met het Sint Annadal ziekenhuis in Maastricht. Wouters gaat verder: “Ik werd geconfronteerd met de opstart van de faculteit en de sfeer van verandering. De pioniersgeest sprak mij erg aan. In 1981 heb ik de beslissing genomen om te kiezen voor de opleiding Longziekten in Maastricht. Ik mocht een bijdrage leveren aan de opbouw van de afdeling Longziekten. Destijds was het *not done* om van een gerenommeerde opleiding zoals in Leuven over te stappen naar het onbekende. Uitwisselingsmentaliteit was toen volstrekt uit den boze, maar af en toe moet je met je hart beslissen en niet met het verstand.”

Kenniscentra

In het toenmalige Academisch Ziekenhuis Maastricht (inmiddels het Maastricht UMC+) kreeg Wouters de kans om de afdeling Longziekten uit te bouwen. Inmiddels heeft de afdeling nationale en internationale uitstraling verworven. Wouters heeft zich tijdens zijn carrière ingezet voor versteviging van wetenschappelijk onderzoek in Nederland. Hij stond dan ook aan de wieg van de NRS. “Op een bepaald moment was er behoefte aan een beroepsplatform, zoals de NVALT, voor versteviging van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van longziekten. Daarvoor is de NRS opgericht”, legt hij uit. “Ik heb geprobeerd een verbinding te maken in de meest brede vorm van het woord, op nationaal en internationaal niveau. In Nederland is er ook een ontwikkeling geweest van astmacentra naar kenniscentra voor complex astma, zoals Merem, Revant en Dekkerswald. CIRO heb ik vormgegeven naar de structuur van een kenniscentrum met ondersteuning van wetenschappelijke verenigingen. Ik heb een basis gelegd voor doorstart voor mijn opvolgers om echt goede zorg te bieden voor mensen met ernstig longlijden. Dit is een unieke setting in Nederland, maar ook in de wereld.”

Generalistisch versus specialistisch

De afgelopen jaren zijn meerdere hoogleraren die in de jaren '90 waren aangesteld met pensioen gegaan. “Een nieuwe generatie *stakeholders* is aangetreden. Dit geldt ook binnen de NVALT. Vroeger werd longziekten als een generalistisch vak gezien, men beheerste alle domeinen. Nu zijn er nieuwe subspecialisaties, zoals bijvoorbeeld de slaapgeneeskunde. De generalisten nemen afscheid. De NVALT zal ook in de

toekomst belangrijk blijven om de verbinding te blijven maken”, aldus Wouters. Hij vindt het een unieke ervaring dat hij tijdens zijn loopbaan getuige is geweest van de enorme sprongen binnen de longziekten. “In de jaren '80 was er een fysiologische benadering van het vakgebied. Daarna zijn we meer geïntegreerd gaan denken: de patiënt moet centraal staan in de zorg. Vanaf die tijd heeft elk vakgebied een ontwikkeling doorgemaakt. Bijvoorbeeld pulmonale hypertensie: vroeger was dit een fatale ziekte, nu zijn er doorbraken en is er in specialistische centra een behandeling voor deze patiënten.

De generalisten nemen afscheid.

Dit geldt ook voor cystic fibrosis en longfibrose. De longziekten is een waaier geworden. Ik denk ook dat er in de toekomst ook zulke grote sprongen zullen komen. We gebruiken nu maar een fractie van onze kennis; het is voor één dokter niet allemaal te bevatten. Als we de kennis kunnen bundelen en ondersteuning kunnen bieden in het diagnostisch en behandelproces dan kunnen we nog grotere stappen maken!”

Klaar

Na 27 jaar is Wouters nog altijd verwonderd over de openheid van zijn patiënten en in de begeleiding van onderzoekers en aios. Die verwondering probeert hij ook over te brengen op jonge mensen. “Men zoekt naar zwart-wit antwoorden, maar elk antwoord is genuanceerd en moet je plaatsen in de context van de patiënt. Elke patiënt en elk wetenschappelijk onderzoek is uniek. Zo ontstaat er geen routine in het werk, want dat is slopend voor je creativiteit. Ook is het nog steeds leuk om voldoening te krijgen van patiënten.” Op 21 juni volgt het officiële afscheid van de hoogleraar. “Ik ben voorlopig nog niet klaar met het vak, dat hangt niet af van de ABP-leeftijd! Ik kom alleen in een andere fase”, lacht de (bijna) pensionado. “Ik ben overtuigd dat ik nog toegevoegde waarde behoud, zoals bij bestuurlijke activiteiten en uitwisseling van expertise.

Longziekten is een waaier geworden.

Het is belangrijk dat ik deze periode afsluit, er staat een nieuwe generatie klaar. Ik zoek naar een formule om betrokkenheid te houden, meer een coachende rol, de homo cooperans.” Wouters sluit af met de stelling dat de nieuwe generatie longartsen trots moeten zijn op hun deelspecialisme, maar een open mind moeten houden voor het hele vakgebied. “We moeten ons niet laten leiden door de discussie over evidence based medicine, maar durven opkomen voor goede zorg voor de patiënt. Goede zorg is meer dan de bewezen zorg.”

Lisette Kunz

Frank Smeenk vicevoorzitter CGS

Frank Smeenk is 13 maart 2019 gekozen tot vicevoorzitter van het College Geneeskundige Specialismen (CGS). In dit artikel leest u meer over de rol en taken van het CGS; hoe het CGS nadenkt over de toekomst van de gezondheidszorg en wat dit onder andere kan betekenen voor de beroepenstructuur in de zorg en de geneeskundige vervolgoedingen.

Inleiding

Het College is een onafhankelijk onderdeel van artsenfederatie KNMG waarin specialisten uit de eerste lijn (cluster van huisartsgeneeskunde, ouderengeneeskunde en zorg voor verstandelijk gehandicapten), uit de klinische zorg en uit de publieke gezondheidszorg zitten. Ook zijn de aiossen en bestuurders erin vertegenwoordigd. In totaal gaat het om vijftien leden. Zij vergaderen ongeveer tien keer per jaar.

De belangrijkste taken van het CGS zijn:

- het instellen en opheffen van specialismen en profielen;
- het vaststellen van eisen voor de geneeskundige vervolgoedingen in Nederland;
- het vaststellen van eisen voor registratie en herregistratie van specialisten en profielartsen.

Deze taken worden ten uitvoer gebracht via het Kaderbesluit CGS en de verschillende Specifieke Besluiten van het CGS¹.

Zij worden periodiek daar waar nodig bijgesteld naar aanleiding van maatschappelijke ontwikkelingen. Deze besluiten

behoeven tot slot de instemming van de minister van VWS en worden van kracht na publicatie in de Staatscourant.

Naast het College heeft de KNMG een Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld. De RGS voert de regelgeving van het CGS uit en houdt toezicht op de naleving ervan wat betreft de registratie en herregistratie van geneeskundig specialisten en profielartsen en de erkenning van opleidingen en opleiders.

Missie

Dé missie² van het CGS is het bevorderen van het ontstaan van een adaptief stelsel van geneeskundige specialismen en profielen en bijbehorende dynamische opleidingen voor permanent lerende aiossen en specialisten en profielartsen waarin het belang en de visie van de patiënt in diens context centraal staat. Deze missie heeft het CGS vertaald in een meerjarenvisie² (tot 2021) als leidraad voor zijn werkzaamheden.

Bereikte resultaten in de afgelopen jaren

De afgelopen jaren heeft het CGS zich intensief beziggehouden met de volgende onderwerpen:

Ten aanzien van de opleidingen heeft het college bijzondere aandacht besteed aan het herformuleren van alle Specifieke Besluiten en de daarbij horende landelijke opleidingsplannen. Daarbij vroeg het CGS aan de betreffende wetenschappelijke



verenigingen om ervoor te zorgen dat er in deze plannen voldoende aandacht is voor maatschappelijk relevante thema's (zoals ouderenzorg en doelmatigheid van zorg). Ook stimuleerde het CGS, vanwege recente nieuwe onderwijskundige ontwikkelingen op het gebied van het medisch specialistisch vervolgonderwijs, om in deze opleidingsplannen de zogenaamde 'Entrustable Professional Activities' (of vergelijkbare opleidingsentiteiten) te incorporeren.

Op het terrein van de registratie en herregistratie heeft het CGS in 2016 gezorgd voor een aanscherping van de nieuwe herregistratie-eisen. Belangrijkste aanpassing is de aanvulling dat als een arts zich straks herregistreerd, hij moet aantonen dat hij heeft meegedaan aan een evaluatie van zijn individueel functioneren en een eigen ontwikkelingsplan heeft bijgehouden.

Een groot project was daarnaast het integreren van de drie nog vigerende Kaderbesluiten van het CCMS (Centraal College Medisch Specialisten), CHVG (College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten) en CSG (College voor Sociale Geneeskunde) tot één nieuw Kaderbesluit. Dit is inmiddels gereed en ligt ter instemming bij de minister.

Tot slot heeft het CGS geprobeerd de bureaucratie wat betreft de erkenningssystematiek van opleidingsorganisaties en opleiders te verminderen door meer vertrouwen te geven aan het veld. Dit heeft onder andere geleid tot de zogenaamde instellingsvisitatie waarbij de instelling (meestal een ziekenhuis als het gaat om de medische specialistische vervolgopleidingen) als geheel gevisiteerd wordt. Als het ziekenhuis kan aantonen dat het haar eigen interne kwaliteit controlesysteem voor de medische specialistische vervolgopleidingen voldoende op orde heeft, wordt de betreffende instelling erkend als opleidingsinstelling door het RGS. Daardoor kunnen de individuele opleidingsvisitaties sterk vereenvoudigd worden.

Wat betreft de instelling/erkenning van nieuwe profielen/specialismen is in de afgelopen jaren één nieuw specialisme erkend, namelijk de Sportgeneeskunde (2014). Verder zijn onder andere de volgende profielen ingesteld: Tuberculosebestrijding (2006), Spoedeisende geneeskunde (sinds 2009), Ziekenhuisgeneeskunde (sinds 2014), Donorgeneeskunde (2015) en in 2019 de Cosmetische geneeskunde.

Aandachtspunten voor de toekomst

Uiteraard staan de maatschappelijke en technologische ontwikkelingen niet stil. Daarbij verandert ook de 'patiënt van de toekomst' met als gevolg nieuwe en andere zorgbehoeften en -mogelijkheden. Voor wie hier meer over wil lezen verwijs ik graag naar de volgende documenten: het Rapport Kaljouw (Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren)³ en het visie document van de FMS: de Medisch Specialist 2025.⁴ Al deze ontwikkelingen hebben uiteraard gevolgen voor de eisen die we gaan stellen aan de geneeskundig specialist van de toekomst. De opleidingen moeten daarop inspelen, daarom



denkt het CGS na of, en zo ja hoe het 'Specialistenlandschap'⁵ eventueel moet worden herzien.

Vooralsnog heeft het CGS in ieder geval besloten geen nieuwe specialismen en profielen meer te erkennen en in de plaats daarvan onderlinge samenwerking te stimuleren.

Tot slot is het de bedoeling dat er bij een volgende herziening van opleidingsplannen speciale aandacht komt voor de implementatie van 'interprofessioneel' leren. Dit omdat een goede gezondheidszorg steeds meer een resultante is van 'teambehandeling'. Het is van belang dat dit ook in de opleiding gestimuleerd wordt, zodat iedere geneeskundig specialist min of meer op de hoogte is van wat aanpalende vakgebieden te bieden hebben.

Kortom, persoonlijk vind ik het, gezien de taken die het CGS zijn toebedeeld, een bijzondere eer om deel uit te maken van dit belangrijke College. Niet alleen vanwege deze taken, maar ook vanwege de individuele personen in het College zelf, de discussies die we met elkaar hebben over de toekomst van de gezondheidszorg, wat dat eventueel betekent voor de opleidingen en hoe we daar dan in de regelgeving op inspelen. Bijzonder daarbij is dat ik in de afgelopen jaren heb gemerkt dat ieder CGS-lid het vermogen heeft in deze discussies boven het eigen vakgebied uit te stijgen en een soort van 'helikopterview' op de gezondheidszorg weet te ontwikkelen met respect voor de mening van anderen, daarmee recht doend aan het feit dat ieder lid deelneemt aan het CGS, zonder 'last of ruggespraak' van zijn/haar eigen 'achterban'. Mede daarom wil ik me dan ook de komende jaren als vicevoorzitter graag vol energie en enthousiasme voor de nieuwe uitdagingen van het CGS inzetten.

1. www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/regelgeving/ccms.htm
2. Jaarplan 2019 CGS (KNMG)
3. www.rijksoverheid.nl (zoekopdracht: Naar nieuwe zorg)
4. www.nvalt.nl/vereniging/bestuur/documenten
5. www.knmg.nl (zoekopdracht: zorglandschap)

Uitslagen survey 'Volgen van richtlijnen longembolie'

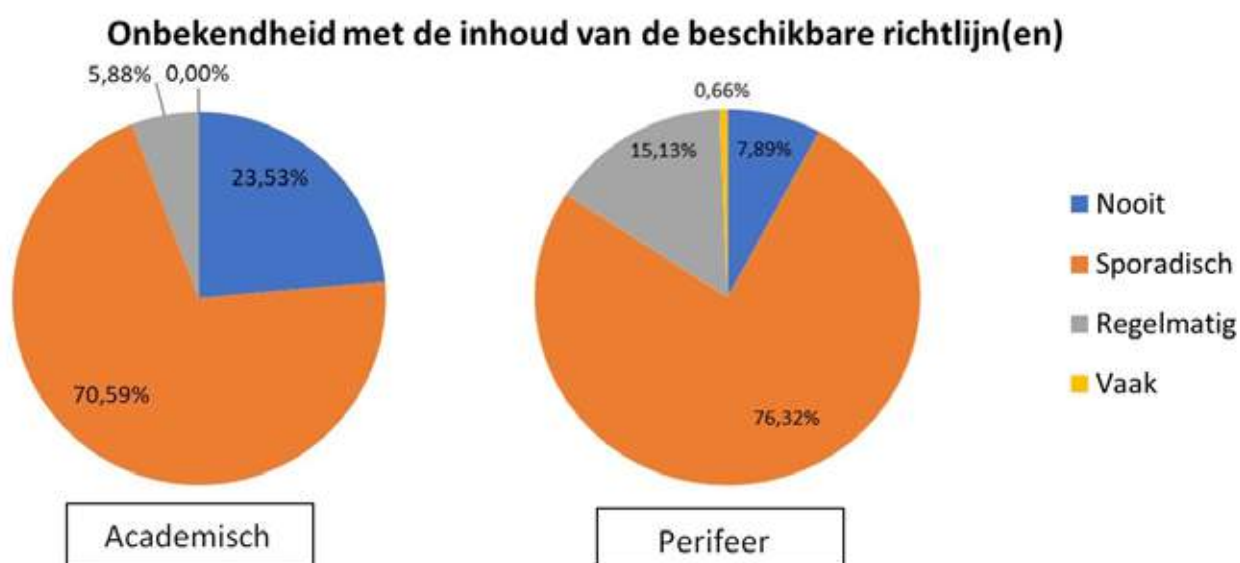


fig. 1

Beste collega's,

Zoals jullie hebben kunnen vernemen staan de resultaten van de eerste longembolie enquête beschreven in de decembereditie van 2018. Deze enquête liet zien dat er grote verschillen bestaan tussen longartsen met betrekking tot de diagnostiek en behandeling van longembolieën. Het viel daarbij op dat aanbevelingen uit de huidige richtlijnen niet altijd worden opgevolgd. Omdat wij geïnteresseerd waren in de beweegredenen die hierbij een rol kunnen spelen, hebben wij recent een tweede enquête uitgezet om dit te inventariseren. De volledige uitslag van deze survey is terug te vinden op de NVALT website. Hieronder belichten we enkele opvallende bevindingen.

De enquête werd door 190 leden beantwoord, 162 longartsen (87%) en 24 ouderejaars AIOS (13%). Van de respondenten werkten er 152 (80%) in een niet-academisch ziekenhuis en 34 (18%) in een van de UMC's.

Bijna alle respondenten (98,9%) geven aan dat het dagelijkse beleid beïnvloed wordt door de vigerende richtlijnen. De timing waarop de aanbevelingen uit de richtlijn worden opgevolgd verschilt echter: 68% van de longartsen volgt de aanbevelingen direct na publicatie van de richtlijn op, terwijl 31% wacht totdat collega's dit ook doen.

13% van de artsen heeft aangegeven dat zij met regelmaat niet op de hoogte zijn van de inhoud van de richtlijnen. Zoals te zien is in figuur 1 lijken academische artsen beter geïnformeerd dan hun niet-academische tegenhangers.

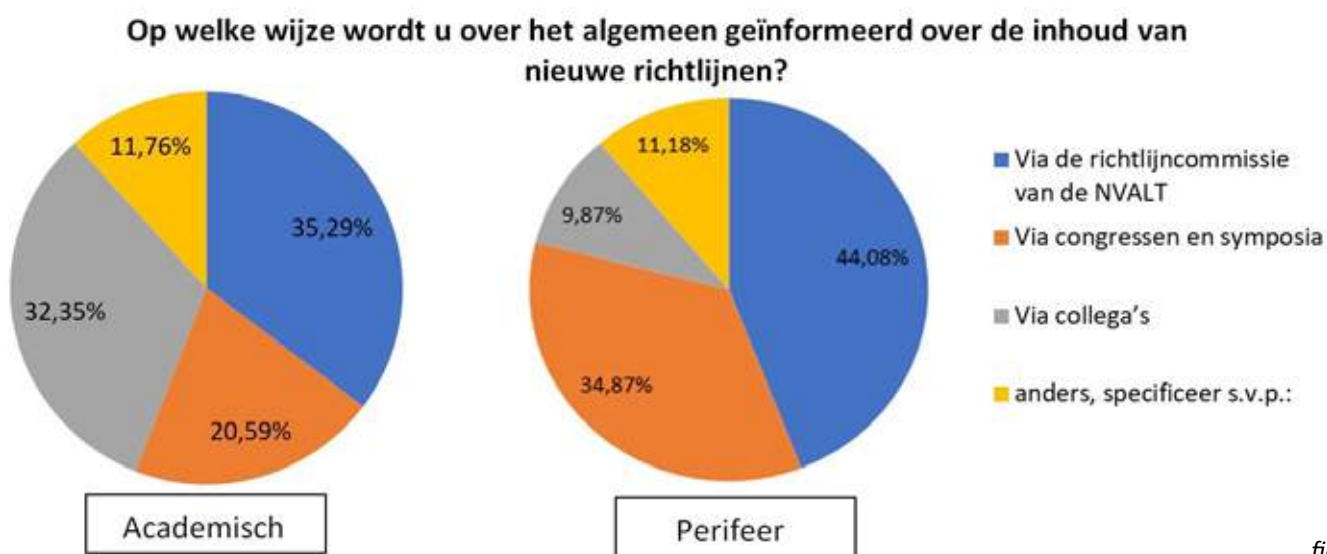


fig. 2

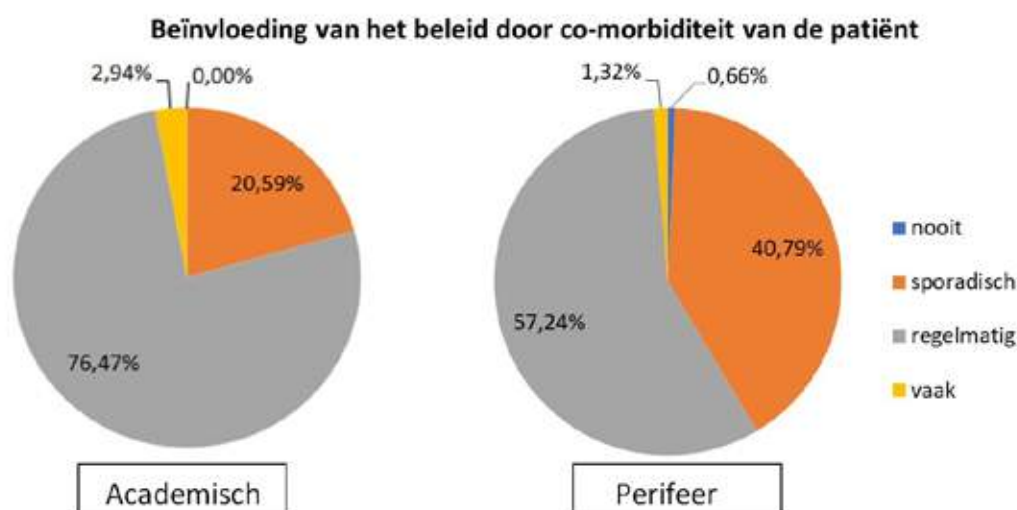


fig. 3



fig. 4

Ook de manier waarop leden geïnformeerd worden over de inhoud van de richtlijnen verschilt (zie figuur 2).

Het valt hierbij op dat artsen in de UMC's vaker via collega's worden geïnformeerd dan artsen in de perifere ziekenhuizen. Dit kan mogelijk worden verklaard doordat in de academische ziekenhuizen meer structureel intercollegiaal overleg plaatsvindt, ook al is dit speculatief.

Gevraagd naar verdere redenen om eventueel van de richtlijnen af te wijken, geeft 19% van de leden aan regelmatig te twijfelen aan het niveau van het wetenschappelijk bewijs. Ook geeft 15% van de respondenten aan regelmatig van de richtlijn af te wijken omdat er liever wordt afgegaan op eigen ervaringen uit de praktijk. Zoals te zien is in figuur 3 blijkt verder co-morbiditeit een belangrijke factor te spelen in het wel of niet volgen van de richtlijnen.

Tot slot grepen we nog terug op onze eerste enquête waarbij

23% van de leden had aangegeven de adviezen uit de huidige richtlijnen omtrent de behandelduur van longembolieën niet te volgen, maar had aangegeven een vaste behandelduur van 6 maanden aan te houden. We vroegen de leden die dit antwoord hadden gegeven naar hun beweegredenen.

Er blijken hiervoor diverse redenen te zijn waarbij (naast bovengenoemde factoren) bijvoorbeeld ook de grootte van de longembolieën of de eenheid in de vakgroep als beweegredenen worden genoemd.

Zoals reeds gezegd zijn de volledige uitslagen van beide longembolie-enquêtes terug te vinden op de NVALT website www.nvalt.nl/vereniging/nieuws

Stefan Walen, longarts Isala
Leon van den Toorn, longarts Erasmus MC
Miriam de Groot- Kap, verpleegkundig specialist i.o. Erasmus MC

Kandidaat-leden

Eline Atsma
AIOS Longziekten
Spaarne Gasthuis Haarlem



Sibylla Bos
Verpleegkundig specialist
Streekziekenhuis Koningin Beatrix Winterswijk



Sarah Coene
Physician Assistant
Meander Medisch Centrum Amersfoort



Faroek Dinmohamed
AIOS Longziekten
Amsterdam UMC (VUMC)



Els Fikkers - Mol
Verpleegkundig specialist
Rijnstate Arnhem



Ingrid Ijseldijk
Physician Assistant
Isala Klinieken Zwolle



Hester Joosten
Physician Assistant
VieCuri Venlo



Annemieke Koopman
Verpleegkundig specialist
RadboudUMC Nijmegen



Wouter Leijte
AIOS Longziekten
Zuyderland Medisch Centrum Heerlen



Floor Louwerenburg
AIOS Longziekten
Noordwestziekenhuisgroep Den Helder



Ilse Maltha
AIOS Longziekten
Medisch Centrum Leeuwarden



Ilanit Meijntz – Valentijn
Physician Assistant
Zuyderland Medisch Centrum Heerlen



Marianne Nieuwamerongen
Physician Assistant
Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede



Ilke van Rossum
Physician Assistant
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis Goes



Tjitske Tjalma
AIOS Longziekten
Amphia Ziekenhuis Breda



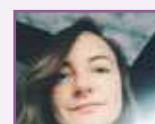
Naomi Verstegen
AIOS Longziekten
Spaarne Gasthuis Haarlem



Greet Vonk
Physician Assistant
Beatrixziekenhuis Gorinchem



Sarah Wartena
AIOS Longziekten
Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein



Senior Leden

Wim Nagtegaal
GGD
Utrecht

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

Nieuw benoemde longartsen

**Wouter Blox, opgeleid in
Amphia Ziekenhuis
Breda**



**Rogier Boshuizen, opgeleid in
OLVG Oost
Amsterdam**



**Safiye Dursun, opgeleid in
Catharinaziekenhuis
Eindhoven**



**Josien van Es, opgeleid in
OLVG Oost
Amsterdam**



**Anna van Gemert, opgeleid in
Amsterdam UMC (AMC)
Amsterdam**



**Germa Hazelaar, opgeleid in
Rijnstate
Arnhem**



**Susanne Huijts, opgeleid in
Universitair Medisch Centrum Utrecht
Utrecht**



**Lieke Kamphuis, opgeleid in
Erasmus MC
Rotterdam**



**Jan-Willem Kroon, opgeleid in
OLVG Oost
Amsterdam**



**Wendy van Rijs - Borgdorff, opgeleid in
Medisch Centrum Leeuwarden
Leeuwarden**



**Lisette van der Velde - Romme, opgeleid in
Catharina Ziekenhuis
Eindhoven**



In memoriam

Adrie Bevers: 8 oktober 1956 - 31 maart 2019

Op 31 maart 2019 is Adrie Bevers op 62-jarige leeftijd helaas veel te jong overleden. Adrie, een ondernemer in hart en nieren, begon op 1 juni 2018 enthousiast als voorzitter van Sarcoïdose.nl. Hij had grote plannen met deze patiëntenvereniging. Hij wilde zich samen met alle vrijwilligers vooral inzetten voor het vergroten van de naamsbekendheid van sarcoïdose. Hij was de initiatiefnemer van een groot landelijk congres met als thema 'perceptie en perspectief' voor zorgprofessionals in 2019. Het doel was om sarcoïdose in Nederland op de kaart te zetten. Hoewel de sarcoïdose bij hem al jaren goed onder controle was werden hartklachten hem uiteindelijk fataal. Ik hoop dat het congres op een later tijdstip ter nagedachtenis van Adrie alsnog een groot succes kan worden. Ik heb Adrie leren kennen als een zeer betrokken en empathisch mens, die zich met hart en ziel inzette voor anderen. We zullen hem dan ook enorm missen. Ik wens zijn vrouw Jenny en de rest van de familie heel veel sterkte bij het verlies van deze sterke man, die voor velen een rots in de branding was. Maar ook Sarcoïdose.nl wens ik uiteraard mede namens alle sarcoïdosespecialisten in Nederland, en de ild care foundation veel sterkte en kracht om door te gaan zonder de kersverse enthousiaste en gedreven voorzitter met een missie.

Prof. dr. Marjolein Drent

Enkele belangrijke data

- International TB Meeting, Groningen (NL)
- WCLC, Barcelona (ES)
- 🔗 Najaarscongres
- WCLC, Barcelona (ES)
- World Sleep meeting, Vancouver (CA)
- ERS, Annual Congress, Madrid (ES)
- Nederlandse kennistoets, Utrecht (NL)
- Chest, New Orleans, (US)
- Transthoracale Echografie AMC (NL)
- European Advanced Course in Clinical Tuberculosis, Rotterdam (NL)
- 🔗 Bronkhorst Veldhoven (NL)
- 🔗 Wad'n Workshop, Terschelling (NL)

Enkele belangrijke data

- 🔗 Bronkhorst, Antwerpen (BE)
- 🔗 Longartsenweek, Ermelo (NL)
- ATS, Philadelphia (VS)
- ASCO, Chicago (VS)
- ERS, Wenen (AU)
- 🔗 Najaarscongres, Arnhem (NL)
- 🔗 Bronkhorst, Veldhoven (NL)

2019

- 25 t/m 27 augustus
- 7 t/m 10 september
- 19 t/m 20 september
- 7 t/m 10 september
- 20 t/m 25 september
- 28 september t/m 2 oktober
- 5 oktober
- 19 t/m 23 oktober
- 21 november
- 11 t/m 13 november,
- 21 t/m 23 november
- 22 t/m 26 maart

2020

- 6 t/m 8 februari
- 6 t/m 9 april
- 15 t/m 20 mei
- 29 mei t/m 2 juni
- 5 t/m 9 september
- 1 t/m 2 oktober
- 26 t/m 28 november