

Inhoud PulmoScript Juni 2007

Ten geleide.....	2
Bestuur	
Van de bestuurstafel	3
Notulen ledenvergadering NVALT 20 april 2007 te Utrecht	4
Verslag Wetenschappelijk programma 20 april 2007	9
Wat kan de ERS voor de Nederlandse longartsen betekenen?	9
Rapportage secundaire laboratoriumdiagnostiek van tuberculose via Osiris-NTR	11
Commissies, secties en werkgroepen	
Kwaliteitsvisitaties “nieuwe stijl”	12
Vragen over de complicatieregistratie	12
HONDERD JAAR NVALT!	13
Nascholing	
Samenvatting proefschrift Dr. R.J. Roeleveld,	14
Reactie op de Pulmopen	16
Ingezonden	
Reisverslag Tuberculose Nascholing Kaapstad Januari 2007	17
Clinic Interstitial Lung Disease	18
The Liverpool Pathway Of Dying (of: eerst Liverpool zien, dan sterven)	19
Oproep Novartis Pulmonologie Prijs 2007	21

Ten geleide

Na het warmste voorjaar sinds het uitsterven der dinosaurïers gevolgd en een onopvallende langste dag, is de zomer formeel begonnen. Net als in december zet deze periode ongemerkt aan tot overpeinzing; heeft het jaar tot op heden aan de gestelde verwachtingen voldaan? Voor uw bestuur sprekend, denk ik dat het eerste half jaar zeker aan de verwachtingen heeft voldaan.

Hoogtepunt hierin het onder onderaanvoering van Frank van den Elshout door ons opgestelde nieuwe beleidsplan. Velen van u hebben het reeds gelezen en van commentaar voorzien. Op dit moment wordt de laatste hand gelegd aan de definitieve versie die aan alle leden zal worden voorgelegd voor een eindoordeel. Naar mijn overtuiging zijn we er in geslaagd een ambitieus maar uiterst realistisch beleidsplan op te stellen voor de komende jaren. De haalbaarheid van de plannen zal echter uiteraard der zaak volledig worden bepaald door ons aller inzet. Als bestuur zullen meer nog dan ooit een beroep doen op alle leden om de toekomst van de NVALT en haar leden veilig te stellen. Uitvoering van de plannen lijkt echter voorwaardelijk om definitief te kunnen ontsnappen uit het doemscenario dat in de vorige editie van PulmoScript werd geschetst door Piet Postmus. Bedenk dat ook voor ons geldt dat we niet zouden moeten vragen wat de NVALT voor ons kan doen, maar wat wij als leden voor de NVALT zouden kunnen doen. We moeten onze meerwaarde blijven bewijzen, het bordje op de deur "Arts voor longziekten en tuberculose" is volstrekt onvoldoende.

Een gevoel van "we doen het nog niet zo slecht" overviel me na het lezen van de re-actieve Pulmopen van ons eminente lid en oud-voorzitter Kees Jansveld. Zeker, we doen het op een aantal terreinen absoluut niet slecht en mogen zelfs hier en daar voorlopers genoemd worden. Toch mogen we ons hierdoor niet in slaap laten sussen en 'rustig gaan slapen terwijl het bestuur over u waakt'. Zo hebben we inderdaad prachtige richtlijnen, maar de implementatie is nog afhankelijk van persoonlijk initiatief en goede indicatoren om het effect van de richtlijnen op ons dagelijks handelen te meten ontbreken nog steeds. We mogen daarbij niet vergeten dat het succes van de door Kees aangehaalde voorbeelden veelal leunt op de inzet van een beperkt aantal individuen. Zo wordt het wetenschappelijke woordje dat Nederland internationaal meesprekt (Dekhuijzen, PulmoScript voorjaar 2007, pag. 38) niet door de NVALT meegesproken maar door enkele individuen van uitzonderlijke kwaliteit. Onze rol als vereniging internationaal is daarbij zeer beperkt, onze invloed in bijvoorbeeld de ERS is relatief gezien ondermaats en ook daar volledig individueel bepaald. In deze PulmoScript breekt Frank van den Elshout een lans voor een gezamenlijk lidmaatschap van NVALT en ERS, mogelijk een kleine maar goede stap om de invloed van de Nederlandse longarts binnen de ERS op termijn te vergroten.

In deze editie van PulmoScript trof mij de samenvatting van het proefschrift van collega Roeleveld. Prachtig onderzoek naar de waarde van de MRI bij de diagnostiek en behandeling van patiënten met pulmonale hypertensie. Prachtige studies die gelukkig aanleiding zijn tot weer nieuwe studies, wat maakt dat we ook in de toekomst kunnen blijven genieten van de wetenschappelijke belevenissen van de pulmonale hypertensie groep in het VUmc.

Een zeer positieve ontwikkeling vormen ook de weer groeiende activiteiten ten aanzien van de tuberculose. De studiereis naar Zuid-Afrika voorziet in de breed gevoelde behoefte onze kennis op peil te houden. Tuberculose ooit bijna uitgestorven gedacht, is op de weg terug en hoe. In landen als Zuid-Afrika weet men zich nu al geconfronteerd met een groot en nog steeds in omvang toenemend probleem. Het is een kwestie van tijd of ook wij zullen ondubbelzinnig met dit probleem worden geconfronteerd. De uitdaging ligt er, artsen voor longziekten en **tuberculose** wapen u ...

Verslagen van symposia in binnen- en buitenland en de congresagenda completeren als vanouds deze editie van PulmoScript.

Onder dankzegging aan diegenen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze PulmoScript wens ik u een prachtige zomer en veel leesplezier.

Paul Bresser, wetenschappelijk secretaris

Van de bestuurstafel

Zoals u hebt kunnen lezen in de laatste Pulmoscript heeft Frank van den Elshout tijdens de afgelopen voorjaarsvergadering de voorzittershamer over gedragen aan ondergetekende. Aangezien ik reeds 1 jaar vice-voorzitter was en daardoor medeverantwoordelijk was voor het beleid zal deze verandering niet direct leiden tot een koerswijziging. Integendeel de ingeslagen weg bevalt mij zeer. Van een aantal beleidszaken wil ik dan ook graag de voortgang met u bespreken.

In de twee voorafgaande nummers van Pulmoscript heeft het bestuur verslag gedaan van de inhoud van het beleidsplan. Centraal thema hierin is professionalisering, wat voor het bestuur een absolute must is richting de toekomst. Om een groot draagvlak te creëren hebben wij alle opleiders hun mening gevraagd. Bijna iedereen was het erover eens dat professionaliseren, met daarbij passende maatregelen, onvermijdelijk is wil de NVALT het voortouw ten aanzien van de longziekten kunnen blijven nemen. Uiteraard heeft dit ambitieuze plan financiële consequenties, mogelijk ook voor u in de vorm van contributieverhoging. Het is de bedoeling dit beleidsplan in september naar u op te sturen zodat u voldoende tijd krijgt hiervan kennis te nemen. Vervolgens willen wij graag tijdens de najaarsvergadering van 5 oktober aanstaande met u hierover discussiëren en tot afspraken komen.

Een van de onderdelen binnen het beleidsplan is uiteraard de opleiding, waarbij wij graag verwijzen naar het nieuwe, zeer grondige opleidingsplan dat recent door het concilium in conceptvorm is vastgesteld. Dit was noodzakelijk omdat de Centraal College Medisch Specialismen recent had aangegeven aan welke eisen de medische vervolgoopleidingen de komende jaren zouden moeten voldoen. Een van de kenmerken van dit opleidingsplan is dat het de beheersing van de verschillende competenties centraal stelt. Deze competenties zijn afgeleid van de CANMEDS die al jaren de basis vormen van de specialistenopleidingen in Canada. Het betreft hier de competentiegebieden medisch handelen, communicatie, samenwerking, professionaliteit, organisatie, maatschappelijk handelen en kennis & wetenschap. Van belang in dit nieuwe plan is ook de wijze van toetsing. Deze staat ten dienste van de professionele ontwikkeling van de AIOS, wat wil zeggen dat de beoordelingen primair bedoeld zijn voor feedback. Hier kan de AIOS van leren en zijn of haar individuele leeractiviteiten indien nodig bijsturen. Kortom een zeer degelijk plan dat de opleiding meer structuur geeft en hopelijk kwalitatief (nog) betere longartsen aflevert.

Rest mij te vertellen dat veel partijen in "longenland" bezig zijn met de vraag hoe longziekten beter op de kaart gezet kan worden. Via de NLS en Platform Longen heeft de NVALT daar de laatste jaren aan bijgedragen. In juni hebben de NLS, Astma Fonds en SKK op ons verzoek in Den Bosch om de tafel gezeten hoe wij dit verder vorm moeten gaan geven. Het was een constructief gesprek waarbij het zo lijkt te zijn dat de neuzen van de verschillend partijen qua positionering en profilering in dezelfde richting wijzen. Regelmatige gesprekken tussen deze en vermoedelijk meer partijen zijn absoluut nodig om een duidelijk pad uit te stippelen. Het NVALT bestuur wil hierin de komende jaren actief participeren en op deze manier uw belangen zo goed mogelijk behartigen.

Met vriendelijke groet,

namens het bestuur

Peter Wijkstra, voorzitter

Notulen ledenvergadering NVALT 20 april 2007 te Utrecht

Aanwezig (getekend op presentielijst: 73)

1. Opening

De voorzitter opent de vergadering en heet eenieder van harte welkom. Bericht van afmelding is ontvangen van: Jansveld, Kerstjens, van Kralingen, Bol, Dekhuijzen, van Keimpema, van Felius, F. Cox, van Assen, Mannes, Rietdijk.

2. Notulen vergadering 6 oktober 2006

Geen op- of aanmerkingen. De notulen worden onder dankzegging aan Rooyackers en de Jong goedgekeurd.

3. Mededelingen vanuit het Bestuur

- In januari is Mevrouw Eudia van Bork te Haren overleden.
- De richtlijn medicamenteuze therapie van COPD is beoordeeld en geaccordeerd door de autorisatie Werkgroep van de Commissie Richtlijnen.
- De werkgroep Longrevalidatie zal haar naam wijzigen in Werkgroep COPD en Longrevalidatie.
- Het 100-jarig bestaan van de NVALT zal uitgebreid worden gevierd op 30 en 31 mei 2008 in Maastricht. Er is inmiddels een lustrumcommissie samengesteld die druk bezig is met de voorbereidingen. Voor dit lustrum is de afgelopen jaren een bedrag van € 100.000,- gereserveerd. In de najaarsvergadering zal de lustrumcommissie met een definitieve begroting komen.
- Het Bestuur is al geruime tijd bezig met een beleidsplan. Dit beleidsplan is een position paper voor de komende jaren. In dit beleidsplan zijn een aantal aspecten benoemd zoals kwaliteit, wetenschap, opleiding, belangenbehartiging, overleg en aanspreekpunt. In de afgelopen jaren is gebleken dat er een noodzaak bestaat tot professionaliseren. Men wordt geconfronteerd met een aantal goed geïnformeerde tegenspelers, er is een gebrek aan tijd voor het goed voorbereiden van belangrijke discussies etc. Dit noopt het Bestuur om zich goed voor te bereiden voor de toekomst. Dit beleidplan is ter beoordeling gestuurd aan alle opleiders, een aantal hoogleraren en een aantal betrokken commissies binnen onze vereniging. Daarna zal dit plan rondgestuurd worden aan alle leden en ter goedkeuring worden aangeboden in een ledenvergadering.
- Per 1 januari 2007 is het CBOG (College Beroepen en Opleidingen Gezondheidszorg) van kracht geworden. In dit college zullen de indelingen van de OOR's en alle logistieke zaken rondom de opleidingen geregeld worden. De rol van de wetenschappelijke verenigingen zal zich de komende jaren gaan toespitsen op de inhoud van de opleidingen.
- In de Raad WOK (Wetenschap, Opleiding, Kwaliteit) van de Orde is gesproken over de kwaliteitsfinanciering. Er zal €0,50 per uur zal worden gereserveerd voor het kwaliteitsbeleid. Dit kwaliteitsbeleid zal worden toegepast voor visitaties en richtlijnen. Ook het Individueel Functioneren van de Medisch Specialist (het IFMS) zal hiermee worden gefinancierd. Dit geld zal centraal worden geïnd en worden verdeeld door de OMS over de wetenschappelijke verenigingen. Waarschijnlijk zal dit geld deels met terugwerkende kracht betaald gaan worden over 2007.
- Er zijn ontwikkelingen vanuit de ERS. Ook in het beleidplan van de NVALT zal aandacht besteed worden aan de deelname van de NVALT binnen de ERS.
- Huib Kerstjens is benoemd als afdelingshoofd in het Universitair Medisch Centrum Groningen.
- De commissie Accreditatie is bezig met de nieuwe manier van accrediteren in Nederland en ook de accreditatie op Europees niveau wordt hierin meegenomen.
- PulmoSciPT is de afgelopen keer met de verkeerde naam op het goede adres bezorgd. De volgende keer zal uw goede naam weer worden vermeld.

4. Mededelingen vanuit de Commissie Beroepsbelangen

Drevers doet verslag van de werkzaamheden en de ervaringen van de Projectgroep DBC.

Zaken die tot nu toe gerealiseerd zijn:

- Knelpunten bij DBConderhoud zijn opgehelderd.
- 1 code en prijs voor een SEH – DBC
- Rondrekening is bijna afgerond
- Centra thuisbeademing gaan hun eigen traject doen.

Zaken die nu nog lopen:

- Juiste vergoeding van de IC activiteiten voor longartsen
- Activiteiten (diagnostisch) die longartsen voor andere specialismen uitvoeren.

Op te lossen knelpunten:

- Medebehandeling van patiënten geen “1014”
- Klinisch zonder dagen

Landelijke uitdagingen 2ehelft 2008

- Nieuwe segmentering per 2008 (A0,A1,B1,B0)
- Nieuwe financiering van de zorg (maatstafconcurrentie)
- Wegvallen Lumpsum? (overgangsmodel?)
- “Verbetering” DBC’s (eenvoudig beter)

Rondrekening

- Herijking van de normtijden per DBC.
- Aanpak door Cap Gemini
- Bronnen:
 - TBO onderzoek
 - Werkzame dagen
 - Productie in DBC’s

Concept rondrekening

DBC’s

Normtijd

Dagen

Tijd

Geschreven DBC’s = Beschikbare tijd .

64.325 uur 57.674 uur

60.212 uur 55.117 - 60.231

- 6,39 %

Dit betekent dat alle normtijden, dus ook alle honoreringen qua tijd met 6,4% naar beneden zijn gegaan.

Andere afslagen

- Cardiologie - 25%
- Pathologie - 20%
- Oogheelkunde -8%
- Anesthesie -7%
- Longgeneeskunde -6,39%
- Gynaecologie -6%
- Neurologie -5,3%
- Orthopedie 0%
- Chirurgie +2%

Belangrijkste aanpassingen die zijn gedaan:

- SEH 35 minuten
- Eenmalig consult 45 minuten
- Knelpunten aangepakt rond:
 - Stoppen met roken poli
 - Slaap apnoe
 - ...
- Rest via generieke afslag
- Zekere DBC’s (bv. longkanker)minder afgeslagen

Uurtarief

- 132,50 (obv 2006)
- Bandbreedte van 6 euro

Gevolgen voor de longartsen:

- B-segment van 145 -> 132,50
- A-segment van 107,14 -> 132,50
- Normtijdafslag nog meenemen -6,39%
- + of – afhankelijk van de hoogte van het lokaal Initiatief

Rekenvoorbeeld

	declaraties	uren	afslag	€ 1 26	€ 1 32	€ 1 38
A	€ 6 00.000	5.576	6,39%	€ 6 57.644,83	€ 6 88.961,25	€ 7 20.277,67
B	€ 2 0.000	138	6,39%	€ 1 6.268,77	€ 1 7.043,48	€ 1 7.818,18
Overig	€ -	0	6,39%	€ -	€ -	€ -
Totaal	€ 6 20.000			€ 6 73.913,60	€ 7 06.004,72	€ 7 38.095,85
Ten opzichte van declaraties A + B '06				109%	114%	119%

Casemix

- Gegevens opgevraagd om gevolgen rondrekening helder te krijgen
- Centrale terugkoppeling volgt nog.
- Het hebben van informatie zorgt voor een sterkere positie van de NVALT in gesprekken met de NZa of VWS.
- Het biedt mogelijkheden voor een benchmark tussen en voor maatschappen.

Op een vraag van Ullmann antwoord Drevers dat NZa niet meer met afzonderlijke verenigingen aan tafel zal gaan zitten. Zij stellen de normtijden en bedragen vast en maken een integrale prijs voor de ziekenhuizen. Achter de voordeur van het ziekenhuizen zullen de specialisten er vervolgens uit moeten komen. De tweede zaak die men gerealiseerd heeft is de maatschapsconcurrentie waar de gemiddelde prijs per DBC wordt bepaald, de idee is dat dit plafond zal in de komende jaren zal gaan dalen. Het volume aan aantal DBC's zal wel mogen stijgen. Er wordt met VWS nog wel onderhandeld over de vraag hoe men om moet gaan met de stijgende zorgvraag.

Specifieke vragen van individuele specialisten kunnen gesteld worden aan Djamin. Van den Elshout dankt Drevers voor zijn uiteenzetting.

5. Mededelingen vanuit het Concilium

Omdat Smeenk gelijktijdig een vergadering bij de MSRC heeft doet Van den Elshout enkele mededelingen vanuit het Concilium.

Men is bezig met het schrijven van een nieuw opleidingsplan dat moet voldoen aan de CANMEDS competenties. Er wordt gewerkt aan het portfolio, de toetsing van de opleiding en aan specifieke thema's waar de longarts in opleiding aan moet voldoen. Vervolgens is het Concilium bezig met het maken van beleidsregels voor visitatie. Na de zomer zal hiervoor een voorstel worden gedaan.

6. Mededelingen vanuit de Commissie Visitatie

Termeer doet verslag van de visitatie nieuwe stijl.

Op een vraag van Schreurs antwoordt Termeer dat gecombineerde visitaties Kwaliteit- en Opleidings zeker tot de mogelijkheden blijft behoren en zeker de voorkeur verdient.

7. De Nederlandse Longstichting

Klein doet verslag van de activiteiten van de NLS. Klein is voorzitter a.i. van de NLS en het longplatform Nederland sinds het wegvallen van Welschen. Afhankelijk van de ontwikkelingen zal bekeken worden of er een nieuwe voorzitter benaderd zal worden. Er zijn veel gesprekken gevoerd met de nieuwe directeur van de Nederlands Astmafonds(NAF),

Michael Rutgers. Sinds enige tijd zijn er ook contacten met de nieuwe voorzitter van de Stichting Ketenkwaliteit COPD (SKK), Van Schilfgaarde. Van Schilfgaarde is adviseur van VWS en heeft de Diabetes Federatie Nederland een nieuwe impuls te geven. De samenwerking met het NAF en de SKK zal de NLS dat maatschappelijk gezicht geven dat men bij de oprichting ervan voor ogen had. Concrete plannen die men in het komende half jaar wil realiseren is dat men vanuit de NLS een Nederlands boekje Facts and Figures wil gaan uitgeven. Met subsidie van het CBO zal de patiëntenvoorlichting geüniformeerd worden en uitgebracht worden in hard copy en in een digitale versie voor de website. Verder gaat men inventariseren of een samenwerking van Nederland en Europa mogelijk is voor wat betreft de research. De NLS hoopt de komende 3 tot 5 jaar toe te groeien naar één Nederlandse Longstichting, wellicht onder de paraplu van het NAF.

8. Financieel verslag 2006 en begroting 2007.

De kascommissie van 2005 werd gevormd door Koos Prins en René van Snippenburg. Zij hebben de jaarstukken 2005 van de NVALT, de WSLT en de FSLT beoordeeld en akkoord bevonden.

Venmans geeft een toelichting op de balans, de exploitatierekening en de begroting van de NVALT, FSLT en WSLT.

De vergadering gaat akkoord met handhaving van de contributie. De bedragen voor 2007 worden als volgt vastgesteld: B-leden 225 euro, C-leden 120 euro, D-leden 60 euro, E-leden 60 euro, F-leden 25 euro, H-leden 225 euro, J-leden 225 euro.

Venmans vraagt kandidaten voor de kascommissie 2006 zich bij hem te melden.

9. Accorderen richtlijn “Respiratoire Allergie”

De richtlijn wordt formeel geaccordeerd.

10. Structuur NVALT-studies

Het Bestuur is lange tijd bezig geweest met het opzetten van een structuur van de NVALT-studies. De toelichting van Venmans staat vermeld in PulmoScript. Venmans geeft een korte samenvatting. De Werkgroep Oncologie is in 2000 begonnen met een strategie om de kwaliteit van zorg in de longartsenpraktijken te verbeteren door gezamenlijk praktijkgerichte studies te doen. Naast de wetenschappelijke resultaten is er grote vooruitgang geboekt in de samenwerking tussen longartsenpraktijken in Nederland. De kwaliteit van onderzoek en daarmee samenhangend de oncologiepraktijk van longartsen is op een hoger plan gekomen. Deze studies zijn succesvol en binnenkort zal de NVALT-8 studie starten. Er werden een aantal problemen vastgesteld. De financiële transacties verliepen via de bankrekening van de Nederlandse Longstichting, doordat destijds werd gedacht dat de NLS een belangrijke rol zou gaan spelen bij de wetenschappelijke activiteiten van de NVALT. Inmiddels is de bankrekening weer bij de NVALT ondergebracht. Verder bleek dat door de werkgroep contracten werden getekend met de sponsors van de studies. De werkgroepen van de NVALT bezitten echter geen rechtspersoonlijkheid en zijn niet bevoegd om overeenkomsten namens de NVALT af te sluiten. Na overleg met Delleman van du Roi Accountants en Belastingadviseurs bleek dat er risico's werden gelopen op fiscaal gebied en dat niet duidelijk was wie in feite juridisch bevoegd en aansprakelijk was voor de verplichtingen en aansprakelijkheden die met een studie kunnen samenhangen.

De voorgestelde nieuwe organisatiestructuur voor de NVALT-studies is als volgt. Er worden twee nieuwe stichtingen opgericht. Een Stichting NVALT-studies en een Stichting Beheer Derdengelden NVALT studies.

De Stichting NVALT-studies zal als verrichter optreden in de zin van de Wet Medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen, t.b.v. het door leden van de NVALT geïnitieerd onderzoek. De Stichting NVALT studies sluit voor elke studie een samenwerkingsovereenkomst met de onderzoekers die aan de studie deelnemen. In deze overeenkomst zijn de taken en verantwoordelijkheden van de Stichting en van de onderzoeker omschreven. Er is hiervoor een modelovereenkomst opgesteld. De Stichting NVALT kan ook overeenkomsten sluiten met farmaceutische bedrijven voor sponsering van onderzoek.

Ten aanzien van de geldstromen zal de Stichting Beheer Derdengelden worden opgericht. Aangezien het mogelijk is dat er tegelijkertijd meerdere studies worden verricht, moet voorkomen worden dat een tekort van de Stichting NVALT studies of een tekort binnen een bepaalde studie gedekt wordt met middelen van andere studies. Zo houdt iedere studie zijn eigen "potje".

Het Bestuur van de Stichting Beheer Derdengelden NVALT Studies kan gevormd worden door hetzelfde bestuur als de Stichting NVALT-studies.

De vergadering gaat akkoord met de oprichting van deze twee nieuwe Stichtingen.

Van den Elshout dankt Venmans voor het vele werk hij heeft verricht.

11. Verkiezingen

Er zijn geen tegenkandidaten ingediend.

Van den Elshout geeft aan dat hij de afgelopen 2 jaar met veel plezier voorzitter is geweest in een vereniging met veel actieve leden en bedankt het Bestuur, de Maatschap Arnhem en het Secretariaat voor alle medewerking. Hij overhandigt de voorzittershamer aan Wijkstra.

Ullmann dankt Van den Elshout vanuit de Maatschap Arnhem.

Wijkstra bedankt de aanwezigen voor het in hem gestelde vertrouwen.

Wijkstra dankt Van den Elshout voor het vele werk dat hij heeft verricht. Vooral zijn enorme inzet hebben met name geleid tot de instelling van de projectgroep DBC's en de nieuwe structuur van de NVALT-studies. Van den Elshout is voortrekker geweest in het tot stand brengen van het nieuwe Beleidsplan.

a. Bestuur

Dr. F.J.J. van den Elshout wordt als voorzitter opgevolgd door dr. P.J. Wijkstra. Van den Elshout blijft in het Bestuur als past-president.

Dr. J.M. Rooyackers treedt af en wordt als secretaris opgevolgd door dr. H.J. Pennings.

Wijkstra dankt Rooyackers met name voor zijn enorme dossierkennis en zijn goede kennis van zaken.

b. Concilium

De zittingstermijn van dr. G.J. Wesseling is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar.

c. Commissie Beroepsbelangen

J.L.M. van Helmond wordt in de commissie benoemd

d. Commissie Cursorisch Onderwijs

De zittingstermijn van Prof.dr. E.F. Smit is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar.

e. Commissie Richtlijnen

De zittingstermijn van dr. R.H.H. van Balkom is verstreken, hij stelt zich niet herkiesbaar.

f. Commissie Visitatie Longziekten

De maximale zittingstermijn van dr. N.J.M. Cox is verstreken, hij zal nog één jaar als lid van de commissie aanblijven.

De maximale zittingstermijn van P.F.J.M. van Boxel is verstreken.

In de commissie worden benoemd dr. K.W. van Kralingen en Th. Macken.

12. Voorstellen kandidaat-leden

Afmeldingen zijn ontvangen van Beugel, Van Heemst, van Ooteghem, Ootes, Scholstra, Timmer, Van der Vaart, de Vries.

In het overzicht ontbreekt de Heer Koen Smolders, aios in Arnhem.

De aanwezige kandidaat-leden stellen zich voor.

13. Wat verder ter tafel komt en rondvraag

Klein vermeldt dat Dirkje Postma is benoemd tot Academie-hoogleraar voor een periode van 5 jaar.

Er zijn geen verdere vragen of opmerkingen.

14. Sluiting

De voorzitter sluit de vergadering om 17.00 uur.

Verslag Wetenschappelijk programma 20 april 2007

Werveltuberculose

Paul Jutte, orthopedisch chirurg en gepromoveerd op skelettuberculose in het UMC Groningen. De medicamenteuze aanpak werd besproken door Richard van Altena.

Uit de Nederlandse TB registratie blijkt dat er ca. 80 tuberculose patiënten per jaar zijn met een lokalisatie in het skelet. Ongeveer de helft is in de wervelkolom gelokaliseerd. Er is een grote doctors delay voordat de diagnose wordt gesteld. Skelet tuberculose wordt relatief steeds vaker bij niet-Nederlanders met tuberculose gevonden: 4.1% tov 2.7% bij de Nederlanders. HIV is geen risicofactor voor skelet TBC. Bij 1 op de 6 skelet tuberculosepatiënten is ook een pulmonale lokalisatie. Een thoraxfoto sluit skelet tuberculose dus niet uit. Er zijn overigens pas foto-afwijkingen zichtbaar bij 30-40% botverlies waarbij tuberculose vaak voor iets anders wordt aangezien. Slechts in 40-70% is kweek positief. Aan de hand van casuïstiek werd aangetoond dat bij twijfel aan de diagnose adequate biopsie dient te worden verricht alvorens met chemo- of radiotherapie te starten. Wanneer moet worden geopereerd? Het is waarschijnlijk wel zinvol om grote abscessen te draineren omdat de tuberculostatica (behalve Isoniazide) er niet goed in doordringen en er potentieel monotherapie wordt gegeven met de kans op resistentievorming. Bij thoracale wervellokalisaties bij patiënten boven de 15 jaar met een kyfose < 40 graden kan doorgaans conservatief worden behandeld. De diagnostische en therapeutische facetten van wervelkolomtuberculose zijn complex en er dient multidisciplinair behandeld te worden, bij voorkeur in gespecialiseerde centra. De medicamenteuze aanpak van skelettuberculose is als bij pulmonale tuberculose. Zie ook: Richtlijn medicamenteuze behandeling van tuberculose, NVALT 2005. Voor degenen die belangstelling hebben voor het proefschrift van Paul Jutte, dit is aan te vragen via zijn e-mail adres: p.c.jutte@orth.chir.nl

Wat kan de ERS voor de Nederlandse longartsen betekenen?

Wat is de ERS?

De ERS (European Respiratory Society) is een non-profit internationale medische organisatie met bijna 9000 leden. De ERS wil de zorg behartigen voor patiënten met longziekten en hun gezondheid promoten door middel van research, het delen van kennis, het geven van voorlichting en scholing op medisch en algemeen leken niveau.

Waar houdt de ERS zich nu mee bezig?

Scholing en opleiding

De ERS heeft een project opgezet dat HERMES heet : Harmonised Education in Respiratory Medicine for European Specialists. Dit project wil een raamwerk vormen voor de opleiding en training in longziekten over heel Europa. Het doel is de kwaliteit van zorg te verbeteren en de mobiliteit van longspecialisten te verbeteren.

De ERS doet dit door interactieve cursussen te organiseren met top deskundigen uit heel Europa. Verschillende onderwerpen komen hierbij aan bod zoals slaap gerelateerde aandoeningen, interstitiële longziekten infectieziekten etc. Tijdens het jaarlijkse ERS congres worden post-graduate cursussen georganiseerd om in korte tijd een state-of-art overzicht te verkrijgen

Het ontwikkelen van e-learning biedt een moderne en efficiënte manier om uw kennis op te frissen op een moment en in een tempo dat u het beste uitkomt. Deze vorm van internet-scholing is online op elk gewenst moment toegankelijk en beschikbaar.

Er worden "educational research grants" ter beschikking gesteld om het wetenschappelijk onderzoek in Europa te stimuleren.

De ERS houdt zich bezig met de internationale accreditatie van bij- en nascholing. Op alle genoemde cursussen inclusief de e-learning kunnen accreditatie-punten worden verkregen

Uitwisseling van kennis

De ERS heeft 10 Scientific Assemblies om kennis en informatie onderling te kunnen uitwisselen. Dit leidt tot het opstellen van Europese richtlijnen. Dubbel werk in de diverse landen kan hiermee worden voorkomen. De krachten kunnen worden gebundeld door samenwerking met vele nationale en internationale longartsen verenigingen. In de zogeheten "Task Forces" kunnen bepaalde zaken nader worden uitgewerkt.

Jaarlijkse ERS congres

Het ERS congres is inmiddels uitgegroeid tot het grootste Europese jaarlijkse congres betreffende longziekten met 17000 deelnemers. Hiermee wordt voorzien in een platform van de belangrijkste verbeteringen en ontwikkelingen op het gebied van longziekten. Dit wordt bevestigd door de grote belangstelling van de Nederlandse longartsen voor dit congres.

Publicaties van de ERS

Alle leden van de ERS krijgen het tijdschrift European Respiratory Journal toegestuurd evenals de beschikking over de elektronische versie hiervan. Op deze manier worden de leden geïnformeerd over de nieuwste ontwikkelingen en onderzoek. De impact factor van dit tijdschrift is duidelijk toegenomen mede dankzij twee Nederlandse hoofd redacteuren tw Prof Klaus Rabe en Prof Peter Sterk.

Een aantal andere tijdschriften waarover de leden kunnen beschikken zijn : European Respiratory Monograph (belicht een groot onderwerp), European Respiratory Review (met overzichtsartikelen), Buyers' Guide (nuttige adviezen bij aankoop van allerlei zaken), Breathe (vooral gericht op professionele scholing) en tot slot ERS Newsletter.

Het behoeft waarschijnlijk geen nadere uitleg dat hiermee aan een breed pallet wordt voorzien.

Politieke agenda

Het ERS hoofdkantoor te Brussel stimuleert de publieke en politieke bewustwording van longziekten in het algemeen. De ERS probeert invloed uit te oefenen op instellingen van de Europese Unie die beslissingen nemen over zaken die de gezondheid betreffen. Zo probeert de ERS de bewustheid en bekendheid te vergroten van longziekten. Longziekten spelen een belangrijke rol in de top 10 van oorzaken van morbiditeit en mortaliteit in de Europese bevolking zoals COPD, longcarcinoom, pneumonie. Het is van groot belang om de politiek hiervan op de hoogte te brengen zodat er aan longziekten meer aandacht en geld kan worden besteed. Ook de strijd tegen het roken speelt hierin een grote rol.

Een goed voorbeeld van gezamenlijk sterk optreden is het FP7 programma van de EU. Dit programma bepaalt de verdeling van de research gelden over alle disciplines over heel Europa. De rol van longziekten in dit programma stond laag op de rangorde. Door in alle landen en in de EU te lobby-en kon meer aandacht worden gevestigd op het belang van longziekten. Een en ander resulteerde in meer erkenning en daarmee geld voor onderzoek.

Welke plannen hebben wij ?

Het bestuur van de NVALT ondersteunt deze activiteiten en is er een sterke voorstander van om het ERS lidmaatschap te koppelen aan dat van de NVALT. We blijven hiermee sterk betrokken bij de Europese ontwikkelingen, kunnen mee beslissen over de strategie en zullen op deze manier onze krachten gaan bundelen.

Financieel gezien kunnen we een reductie bedingen op dit collectieve lidmaatschap. Het ERJ zit nu tegen forse betaling in de NVALT bibliotheek en kan bij een gezamenlijk lidmaatschap er gratis in. De baten van dit geheel zullen de kosten ruimschoots overtreffen.

Namens het bestuur van de NVALT
Frank van den Elshout
Vice voorzitter

Rapportage secundaire laboratoriumdiagnostiek van tuberculose via Osiris-NTR

Geachte leden van de NVALT,

Door middel van dit schrijven wil ik vanuit mijn functie als bestuurslid van de NVALT en tevens werkzaam als longarts in de tuberculosebestrijding op een GGD, uw aandacht en toestemming vragen voor het volgende.

De uitslagen van de secundaire laboratoriumdiagnostiek van tuberculose (identificaties, resistentiebepalingen en epidemiologische typeringen) worden op dit moment door het RIVM schriftelijk aan inzenders van Mycobacterium isolaten (in het algemeen de streeklaboratoria) verstrekt. Op grond van afspraken met de behandelaars sturen veel laboratoria een kopie van de labuitslag aan de afdeling Tuberculosebestrijding van de regionale GGD. Daarnaast worden de bevindingen van de epidemiologische typeringen en van de resistentiebepaling bij geclusterde patiënten rechtstreeks door het RIVM via de verpleegkundige surveillance van KNCV Tuberculosefonds aan de GGD'en gemeld.

Het is nu mogelijk om deze uitslagen, na schriftelijke berichtgeving aan het inzendende laboratorium en via het lab aan de behandelaar, op elektronische wijze rechtstreeks aan de GGD te rapporteren via het datasysteem Osiris-NTR.

Via Osiris-NTR melden GGD'en tbc-patiënten aan respectievelijk de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (wettelijk verplicht) en het Nederlands Tuberculose Register (NTR), dat beheerd wordt door KNCV Tuberculosefonds. Afdelingen Tuberculosebestrijding van de GGD'en, die zoals u weet alle tbc-patiënten gedurende hun behandeling begeleiden, hebben direct toegang tot dit systeem en kunnen 'real time' informatie over de diagnostiek hieruit betrekken, vanzelfsprekend alleen betreffende patiënten uit hun eigen werkgebied. Om de privacy van de patiënt te waarborgen hebben de IGZ en KNCV Tuberculosefonds geen toegang tot naar de persoon herleidbare data. Van KNCV Tuberculosefonds heeft alleen de gegevensbeheerder (FED: functionele eenheid datamanagement) toegang, om zo nodig ter verificatie en correctie van de data contact op te kunnen nemen met de betrokken GGD.

Het doorgeven van de uitslagen van secundaire laboratoriumdiagnostiek via dit systeem zal vooral voor de uitslagen van resistentiebepalingen een belangrijke tijd- en dus efficiencywinst voor de GGD'en opleveren. De gegevens zijn niet alleen van belang voor het instellen van de juiste therapie bij de indexpatiënt, maar ook bij geïnfecteerde contacten van de index. Wanneer op grond van de resistentie-uitslagen de behandeling van de bronpatiënt mogelijk zou moeten worden bijgesteld zullen de afdelingen Tuberculosebestrijding zoals gebruikelijk altijd eerst contact opnemen met de behandelaar.

De microbiologen vinden het belangrijk dat de behandelaars - in verreweg de meeste gevallen de longartsen - zich in deze wijziging kunnen vinden. Ik wil daarom aan alle longartsen vragen deze nieuwe werkwijze te accorderen. De commissie Tuberculose heeft zich inmiddels al unaniem achter dit voorstel gesteld.

Mocht U tegen de bovenbeschreven wijziging bezwaar hebben dan verzoek ik U dit via het secretariaat van de NVALT kenbaar te maken. Mocht U nog nadere informatie willen dan kunt U mij ook mailen: mmensen@ggd.amsterdam.nl .

Voor alle volledigheid meld ik U nog dat naar verwachting in de nieuwe Wet publieke gezondheid, die de Infectieziektewet, de Quarantainewet en de Wet collectieve preventie volksgezondheid zal vervangen, een meldingsplicht voor het laboratorium zal worden opgenomen.

Met vriendelijke groet,
E.A.M. Mensen, bestuurslid NVALT en VvAwT

Kwaliteitsvisitaties “nieuwe stijl”

Geachte collegae,

Met ingang van september 2006 worden de visitaties Kwaliteit verricht volgens het nieuwe format zoals aangegeven door de nieuwe OMS/CBO richtlijnen en aanvaard in onze eigen Ledenvergadering van april 2006. Meer nog dan tevoren ligt de focus op het functioneren van de maatschap of vakgroep onderling en als eenheid binnen haar werkomgeving. Er wordt getoetst op meer diverse onderscheiden kwaliteitsdomeinen (maatschapsfunctioneren, evaluatie van zorg, professionele ontwikkeling, patiëntenperspectief). Een Quick scan, KISZ-lijst, dossier onderzoek, medical audit, en patiënten-enquete zijn nieuwe onderdelen die in de praktijk gevalideerde, maar bovenal zeer nuttige instrumenten blijken te zijn.

De thans opgedane eerste ervaringen zijn zeer positief, vooral wanneer de voorbereidingstijd nuttig gebruikt is. De ervaring leert echter ook dat men zich ondanks de tijdige (6 maanden tevoren) aankondiging van de visitatiedatum lijkt te verkijken op deze extra voorbereidingstijd.

Een nadeel van de eerdere rondes kwaliteitsvisitaties was altijd al de statische insteek met het focus op de actuele situatie, getallen (productiecijfers, verrichtingen) en kwaliteit van aanwezig personeel en inventaris. De dynamiek van bestaande (of ontbrekende) kwaliteitontwikkeling en -verbetering kwam onvoldoende aan het licht.

Een illustratief voorbeeld uit de kwaliteitsvisitatie “nieuwe stijl” is de visie op bij- en nascholing. Individueel voldoen aan de (herregistratie-eis voor) scholing met bijbehorende accreditatiepunten is een absoluut minimum; maar heeft u binnen uw vakgroep hieromtrent beleid en is dit een terugkerend onderdeel in uw jaarverslag en beleidsplan? (Is er een goede dekking van de diverse aandachtsgebieden en maakt u hierover afspraken wat betreft de bijscholing? Wordt er teruggekoppeld (refereren?) binnen uw eigen groep? Hoe heeft u dit geïmplementeerd? Et cetera!)

Het mag duidelijk zijn dat de komende nieuwe visitatieronde een groter beroep doet op uw aller tijd, mede vanwege het noodzakelijke extra gezamenlijk overleg en het maken van (kwaliteits)beleid, voor zover u daarmee al niet gevorderd was. De tools worden u ruim tevoren aangereikt. Wij nodigen u namelijk uit alvast een kijkje te nemen op de NVALT website en de diverse documenten te downloaden.

Wanneer ook bij u kwaliteit van zorg óók betekent zorg voor kwaliteit, dan raden wij u aan vooral de Quick scan en de KISZ lijst *jaarlijks* in te vullen en gezamenlijk te prioriteren. Het zal u zeer behulpzaam kunnen zijn, en zeker niet alleen voor de visitatie.

Met vriendelijke groet,
Namens de Cie Visitatie NVALT,

A. Termeer, voorzitter CVL

Vragen over de complicatieregistratie

Beste Collega

In deze tijd van kwaliteitspredicaten en competentieprofielen is een goede complicatieregistratie essentieel voor het bewaken van de kwaliteit van de zorg en de affichering van uw kliniek. Bijna alle wetenschappelijke verenigingen hebben daartoe een lijst opgesteld met complicaties in hun vakgebied volgens het zogenaamde Masterclassificatiesysteem, die in veel gevallen via de software van het ziekenhuisinformatiesysteem kan worden ingevuld. Hierbij worden complicaties geregistreerd volgens 3 assen: Pathologie, lichaamsdeel en orgaansysteem, en externe factoren.

De NVALT heeft ooit een lijst met complicaties opgesteld, het is echter niet duidelijk of deze lijst wordt gebruikt, en deze is ook nooit in een vertaling naar de Masterclassificatie ingevoerd. Kortom, de longeneeskunde loopt op dit gebied sterk achter bij de andere vakgroepen. Om een inhaalslag te kunnen slaan willen we eerst inventariseren hoe de complicatieregistratie nu bij de nederlandse longartsen gebeurt. Daartoe hebben we onderstaande korte vragenlijst gemaakt die u in 2 minuten in kunt vullen. Het ingevulde formulier kan gemaild worden naar het secretariaat van de NVALT (Luijbenstraat 15, 5211 BR 's-Hertogenbosch). Hiermee kunnen wij gemakkelijker een volgende stap zetten naar het invoeren en implementeren van de een NVALT Masterclassificatie.

met dank voor uw medewerking,

Thomas Macken en Frans Krouwels, namens de complicatiecommissie NVALT
t.macken@elisabeth.nl - f.h.krouwels@olvg.nl

P.s. uw gegevens worden anoniem verwerkt.

1. Werkt u met een complicatieregister? (ja / nee)
2. Zo ja, gebruikt u
 - A. de NVALT lijst van complicaties? (ja / nee)
 - B. de masterclassificatie? (ja / nee)
3. Registreert u de complicaties via software? (ja / nee)
4. Welke software gebruikt u
 - A. als ziekenhuis informatiesysteem (open vak dat ingevuld moet worden)
 - B. voor complicatieregistratie (open vak, invullen)
5. Kunnen de resultaten van de complicatieregistratie jaarlijks worden samengevat? (ja / nee)
6. Zo ja, worden deze besproken in de maatschap? (ja / nee)

30 en 31 mei 2008

HONDERD JAAR NVALT!

De commissie is eruit. Na veel overleg, bezoeken en onderhandelingen is de lustrumcommissie erin geslaagd om een perfecte locatie te vinden die een honderdjarige waardig is. Het twintigste lustrum zal gevierd worden in Bourgondisch Maastricht. Twee dagen lang zult u onthaald worden in deze bruisende en meest zuidelijk gelegen stad van het land. Daarbij zal vrijdag 30 mei 2008 in het teken staan van wetenschap en toekomst. De dag erna verrast de commissie u met speciale culturele, sportieve en culinaire evenementen, waarna dit jubileum spectaculair zal worden afgesloten met een stijlvol en Zuidelijk feest!



Deze gedenkwaardige honderdste verjaardag kunt u en mag u niet missen!

WIJ ZIEN JE IN MAASTRICHT!

Samenvatting proefschrift Dr. R.J. Roeleveld,

AIOS longziekten VUmc/MCA

Introductie

Onderwerp van het proefschrift is de diagnostiek en therapiecontrole bij pulmonale hypertensie (PH) met behulp van MRI. In een achttal hoofdstukken wordt getoond welke rol MRI kan spelen bij PH en welke parameters er met MRI evalueerbaar zijn.

MRI, voluit magnetic resonance imaging, berust op het fenomeen van de kernspinresonantie (nuclear magnetic resonance, NMR): bepaalde atoomkernen nemen energie op wanneer ze geplaatst worden in een elektromagnetisch veld, en geven deze energie weer af bij het verdwijnen van het veld. Dit werd als eerste beschreven door Bloch en Purcell in de jaren '40, nadat het enkele jaren eerder door Rabi nog was afgedaan als artefact in zijn laboratoriumopstelling. Tevens is de radiofrequente energie die wordt afgegeven gekoppeld aan de sterkte van het gebruikte magnetische veld, zoals beschreven door Larmor.

NMR-apparaten produceerden dus spectra van radiofrequente signalen, en geen tweedimensionale afbeeldingen. De eerste afbeeldingen gebaseerd op deze techniek werden in 1973 gemaakt door Lauterbur, die gebruik maakte van twee magnetische velden waarin hij de verplaatsing van twee buisjes met water kon laten zien. Meeliftend met de snel opkomende techniek van de computer tomografie ontwikkelde MRI zich begin jaren '80 tot een klinisch toepasbare afbeeldingmethode. Inmiddels is het met MRI mogelijk om met hoge snelheid zeer gedetailleerde afbeeldingen te maken van alle delen van het menselijk lichaam, waaronder het hart en de grote bloedvaten.

In hoofdstuk 1 van het proefschrift worden de historie en ontdekking van de pulmonale circulatie en de eerste metingen daaraan beschreven. Uit metingen bij gezonden blijkt dat de bloeddruk in de pulmonaalarteriën normaal gemiddeld ongeveer 15 mmHg bedraagt. Waarden boven de 25 mmHg in rust of boven de 30 mmHg bij inspanning zijn abnormaal en worden gedefinieerd als pulmonale hypertensie. Pulmonale hypertensie is een uiting van longvaatschade waaraan vele ziekten ten grondslag kunnen liggen. De ziektebeelden die pulmonale hypertensie kunnen veroorzaken en de symptomen die pulmonale hypertensie kunnen geven blijken echter al vele eeuwen geleden te zijn beschreven.

Hoofdstuk 2 richt zich op de moeilijke diagnostiek bij patiënten die worden verdacht van PH. Bij 56 van 187 (30%) naar het VU Medisch Centrum verwezen patiënten leidde toepassing van een diagnostisch traject inclusief MRI tot het bijstellen van de diagnose. Zestien patiënten (9%) bleken geen PH te hebben, bij 20 bleek de PH een niet eerder gediagnosticeerde onderliggende oorzaak te hebben. Dit onderzoek laat zien dat gedegen diagnostisch onderzoek noodzakelijk is bij patiënten die worden verdacht van PH. Tevens wordt de toegevoegde betekenis van MRI in de diagnostische fase van pulmonale hypertensie getoond. In dit artikel concluderen we dat na gedegen diagnostisch onderzoek het aantal patiënten waarbij geen oorzaak voor de pulmonale hypertensie wordt gevonden, de zogenaamde 'idiopathische' groep, veel kleiner is dan het aantal patiënten wat onder die diagnose naar het VUMC werd doorverwezen.

In hoofdstuk 3 worden de veranderingen in hartfunctie belicht zoals die gemeten worden met MRI bij patiënten met PH. Hiervoor werden bij 12 PH-patiënten de linker en rechter ventrikelvolumina gemeten, zowel einddiastolisch als eindsystolisch, alsmede de

vullingsnelheid van de linker ventrikel, de buiging van de het interventriculaire septum, de ejetietijd en de zogenaamde 'acceleratietijd'. Dezelfde parameters werden eveneens bepaald in een groep gezonde vrijwilligers. De meest opvallende bevinding was een doorbuiging naar links van het interventriculaire septum, een bevinding die leidde tot de studie die in hoofdstuk 7 beschreven staat. Daarnaast toont de studie dat er sprake is van een afgenomen accerelatie-/ejectie tijd ratio en een afgenomen vulling van de linker ventrikel. Dit laatste heeft potentieel grote consequenties, aangezien de pompfunctie van een slecht gevulde linker ventrikel beduidend slechter is dan wanneer deze normaal gevuld zou worden

De studie die beschreven staat in hoofdstuk 4 is in zeker zin een vervolg op hoofdstuk 3. Bij elf PH-patiënten werden vóór het begin van behandeling met epoprostenol en elke vier maanden daarna linker en rechter ventrikel volumes gemeten, evenals de ventrikelmassa's en het slagvolume doormiddel van een techniek genaamd "velocity encoding". Ook de zes-minuten loopafstand werd elke vier maanden getest. De resultaten tonen dat de patiënten een significant grotere rechter ventrikelinhoud hebben en dat de rechter ventrikelwand dikker is vergeleken met gezonden, maar dat deze waarden onder behandeling met epoprostenol niet verder toenemen. Het slagvolume neemt tijdens de behandeling wel toe, en deze toename is evenredig aan de toename in loopafstand. Deze klinisch relevante verbetering vindt bovendien voor het grootste deel plaats in de eerste maanden na het begin van de behandeling.

Hoofdstuk 5 richt zich op de bloedstromen die optreden bij patiënten met pulmonale hypertensie als gevolg van een congenitale intracardiale shunt, door een atrium-of ventrikelseptumdefect. Een hieruit voortvloeiende links - rechts shunt leidt tot een bovenmatige longdoorbloeding en beschadiging van de longvaten. Hierdoor neemt de pulmonale vaatweerstand toe en daarmee ook de druk in de a. pulmonalis en rechter ventrikel. Het gevolg kan zijn dat de shuntrichting omdraait. Bij een klein aantal patiënten met PH door een dergelijk septumdefect tonen we aan dat de shuntgrootte en richting nauw gerelateerd zijn met het slagvolume en de 6-minuten loopafstand, en dat veranderingen in de shunt fractie of richting nauwkeurig veranderingen in het longvaatbed weergeven.

Hoofdstuk 6 richt zich op het non-invasief en met behulp van MRI schatten van de pulmonaaldruk. Om de accuratesse van vijf verschillende MRI-methoden en Doppler echocardiografie te bepalen, worden deze vergeleken met op invasieve wijze gemeten. Van de vijf MRI-methoden blijkt er slechts één een betrouwbare schatting van de pulmonale bloeddruk te kunnen leveren. Deze methode is gebaseerd op de verhouding tussen linker en rechter ventrikelmassa en is derhalve ongevoelig voor *acute* veranderingen in de pulmonaaldruk. De opbouw of afbraak van spiermassa kost immers enige tijd. Drukschatting door middel van echocardiografie, zoals dat in de klinische praktijk vaak gebeurt, blijkt eveneens aan grote variaties onderhevig. Het is echter veruit de eenvoudigste methode. Op basis van dit onderzoek concluderen wij dat schatting van de pulmonale bloeddruk met behulp van de geteste MRI-methoden niet voldoende betrouwbaar is om in de praktijk toegepast te worden. Nader onderzoek en nieuwe methoden zijn derhalve noodzakelijk.

Een dergelijke nieuwe methode voor het schatten van de pulmonale bloeddruk wordt beschreven in hoofdstuk 7. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de al eerder beschreven ventrikelseptumkromming. Uit zowel drukmetingen in linker en rechter ventrikel alsmede MRI-

cines blijkt dat deze doorbuiging het meest uitgesproken is op het moment dat de linker hartkamer zich begint te vullen, terwijl de rechter hartkamer nog bezig is met samentrekken. Dit impliceert dat de kromming van het septum voornamelijk afhankelijk is van de druk in de rechter hartkamer, en daarmee dus van de druk in de pulmonaalarterie. Om deze hypothese te toetsen, is bij 38 patiënten de relatie bepaald tussen de septumcurvatuur en de pulmonaaldruk. Deze blijken inderdaad nauw aan elkaar gecorreleerd. Bij twee patiënten wordt tevens getoond dat een acute daling van de pulmonaaldruk door medicatie direct leidt tot een afname van de septumkromming. Daarmee wordt aannemelijk gemaakt dat de bepaling van de septumkromming gebruikt kan worden voor het schatten van de pulmonaaldruk en de veranderingen hierin tengevolge van medicatie.

Hoofdstuk 8 is de Engelstalige samenvatting en behandelt tevens mogelijke toekomstige ontwikkelingen op het gebied van MRI en pulmonale hypertensie. Eén nieuwe ontwikkeling is dat middels MRI het nu ook mogelijk is om de veranderingen van het hart en de bloedstroom door de longvaten te bestuderen, waardoor het hopelijk mogelijk wordt om vroegere vormen van longvaatschade te diagnosticeren. Een ander nieuw terrein van onderzoek is de bestudering van de veranderde vullingsfunctie van de rechter ventrikel. Nieuwe technische mogelijkheden stellen ons op dit moment in staat nauwkeurig de interactie tussen de rechter en linker hartkamer te bestuderen. Tenslotte maken nieuwe MRI-technieken het sinds kort mogelijk de doorbloeding van het longweefsel zelf in beeld te brengen en in getal en maat uit te drukken. Toepassing van deze techniek toont aan dat het doorbloedingspatroon bij PH anders is dan bij gezonden. De diagnostische mogelijkheden van deze vinding worden op dit moment verder onderzocht. Concluderend kan dan ook gezegd worden dat MRI een steeds belangrijker rol speelt bij de diagnostiek en follow-up van pulmonale hypertensie.

Reactie op de Pulmopen

Gaan we zo door?

In het maartnummer van Pulmoscript (jaargang 17, nr 1, pag. 31) vraagt Postmus zich af of wij als longartsen nog kunnen voldoen aan de eisen van kwaliteit en deskundigheid binnen ons vakgebied en of er na bijna 100 jaar nog wel een reden is voor een eigen vereniging. Postmus stelt dat feitelijk de longarts functioneert als een breed opgeleide internistisch geschoolde arts met als aandachtsgebied longziekten. Hij ziet een aantal voordelen van het opheffen van het specialisme en door te gaan als internist met longziekten als aandachtsgebied. Postmus vraagt zich af of de NVALT als kleine vereniging opgewassen is tegen de taak de kwaliteit van de zorg (en dus van wetenschap en opleiding) te garanderen. Mijn opvatting hierover is als volgt. De NVALT kan niet als klein worden gekenschetst: getalsmatig zit de NVALT in de middenmoot van de wetenschappelijke verenigingen. Met 485 geregistreerde longartsen staat de vereniging op de 13 plaats van de 27 medische specialismen, meer dan de urologen en dermatologen (Medisch Contact 62 nr 16, 20 april 2007, pag. 677).

Kwaliteit van zorg is moeilijk in maat en getal vast te leggen maar er zijn wel indicatoren. Zowel bij de ontwikkeling van richtlijnen als bij de kwaliteitsvisitaties staat de NVALT in de voorhoede. De NVALT behoort tot de wetenschappelijke verenigingen met de meeste richtlijnen: sinds 2001 zijn 17 evidence-based richtlijnen ontwikkeld en 2 transmurale richtlijnen (www.nvalt.nl). De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) heeft de eerste richtlijnen in 2003 tot stand gebracht en staat in 2006 op 10 evidence-based richtlijnen, de laatste 4 overigens allemaal over diabetes (www.niv.nl).

Ook bij de actualisatie van de kwaliteitsvisitaties opereert de NVALT in de voorhoede en heeft als een van de eerste wetenschappelijke verenigingen de kwaliteitsvisitatie verplicht gesteld voor alle opleidingsklinieken.

Wat het wetenschappelijk onderzoek in de longgeneeskunde betreft geeft Dekhuijzen in hetzelfde nummer van Pulmoscript (pag.38) aan dat Nederland hierin een vooraanstaande plaats inneemt. Het zou interessant zijn na te gaan wat het de door Postmus gepropageerde model, zoals bijvoorbeeld Duitsland, aan wetenschappelijk onderzoek oplevert.

Mij lijkt het niet waarschijnlijk dat het cursorisch onderwijs in de longgeneeskunde bij een gezamenlijke opleiding tot internist de hoge kwaliteit zal hebben die het nu heeft.

Het argument dat we als relatief kleine vereniging mankracht en middelen zouden missen die we in groter verband zouden kunnen hebben snijdt ook geen hout. Hebben kleinere verenigingen geen kwaliteit? Natuurlijk zal een financiële vergoeding voor besturen nodig zijn maar dit blijft bestaan bij een opgaan in een grote vereniging of denken we dat het aantal longartsen in commissies en werkgroepen omlaag kan. Wat heeft dit voor gevolg voor de kwaliteit? De soep wordt dan alleen maar verdund.

Naar mijn mening zal het centraliseren van behandelingen (Postmus geeft het voorbeeld van de pulmonale hypertensie) juist moeilijker worden in het door hem voorgestelde model: de ego's zullen alleen maar groter worden als we uitgaan van interne afdelingen van 50 of meer specialisten. Binnen de longgeneeskunde ontstaat door de sterke toename van de aandachtsgebieden (longkanker, infecties, transplantatie, immunologische aandoeningen) een differentiatie binnen het vakgebied. Het is daarom vreemd om te pleiten voor een kortere vervolgopleiding in de longgeneeskunde en een verlenging van de gemeenschappelijke vooropleiding.

Postmus geeft aan dat de vraag over het voortbestaan van de NVALT niet genoemd is in het concept beleidsplan van de NVALT. Uit het bovenstaande moge blijken dat deze vraag terecht niet is gesteld. Althans naar de mening van een voormalig voorzitter.

Kees Jansveld

Reisverslag Tuberculose Nascholing Kaapstad Januari 2007

Het is voor mij een genoegen een kort reisverslag van de Tuberculose reis 2007 te mogen schrijven.

Ooit was ik in de Verenigde Staten en bezocht ik de Grand Canyon. Ik was bijzonder onder de indruk en maakte vele foto's. Thuisgekomen bleek dat ik met de foto's maar een fractie had weten vast te leggen van datgene wat de Grand Canyon zo imposant maakte. Zo is dit verslag ook slechts een schraal aftreksel van het indrukwekkende bezoek aan Kaapstad.



Allereerst is een uitleg noodzakelijk waarom wij voor deze cursus naar het Kaapstad zijn afgereisd. Zuid Afrika is niet alleen bekend vanwege zijn goede wijn en Nelson Mandela, maar ook vanwege het feit dat het aantal patiënten met tuberculose, al dan niet in combinatie met HIV en AIDS, gestaagd groeit. Dit probleem speelt in geheel zuidelijk Afrika. De toename van het aantal patiënten met tuberculose is echter in Kaapstad, ten opzichte van het hele sub Sahara continent, het meest uitgesproken. Het in grote getale voorkomen van alle vormen van tuberculose in combinatie met de uitzonderlijke expertise van de specialisten van het Groote Schuur Ziekenhuis maakten dit bezoek tot een uitdagende en leerzame bestemming voor de Nederlandse longarts.

Tijdens het vierdaagse verblijf hebben we drie ziekenhuizen bezocht.

Prof. Eric Bateman en zijn staf heeft ons in het beroemde Groote Schuur Hospital bijzonder hartelijk ontvangen en ons deelgenoot gemaakt van de wijze waarop zij tuberculose behandelen. Allereerst hebben we gesproken over de epidemie van tuberculose juist in Kaapstad. Een belangrijke "take home message" bleek dat –nog los van de HIV

problematiek- de combinatie silicose, nicotine abusie en tuberculose een ongelukkige combinatie is. Aan de hand van vele voorbeelden is de radiologie van tuberculose aan bod geweest. Hierbij werd nadrukkelijk onderscheid gemaakt tussen patiënten met en zonder retrovirale besmetting. Ook bij de (bijwerkingen van) behandeling van TBC gelden er verschillen in behandeling. De MDR en inmiddels de extensively drug-resistant (XDR) tuberculose, waarbij er resistentie is tegen minstens twee van de eerste lijns tuberculostatica en minstens drie van de zes tweedelijns tuberculostatica, dreigen een oncontroleerbaar probleem te geven. Telkens werd er gespiegeld met de Nederlandse situatie en de wijze waarop bij ons Tuberculose behandeld wordt. Indrukwekkend was het aanwezig mogen zijn bij de diverse Grand Rounds met veel casuïstiek (met dank aan de collega's van Alena en de Lange) en de Radiology meeting. Onze aanwezigheid aan het eind van het verblijf bij de grote visite op de Thoraxchirurgie afdeling, waarbij uitvoerig ingegaan is op de rol van de chirurg bij de behandeling van TBC, was een waardevolle en leerzame afsluiting.

Aangrijpend waren ook de bezoeken aan twee andere ziekenhuizen. Brewelskloof Hospital is een tertiair regionaal verwijscentrum voor patiënten met Tuberculose noordelijk van Kaapstad. Hier zijn met name de patiënten met MDR Tuberculose of patiënten met AIDS opgenomen. Een groot probleem is dat de patiënten na behandeling vaak terugkeren met al dan niet endogene re-infecties. Met name was het bezoek aan de kinderafdeling bijzonder roerend. Even interessant was het bezoek aan het GF Joose Hospital. Dit is een perifere ziekenhuis midden in een zogenaamd Township waarbij de pathologie nogal heftig in hoeveelheid en presentatie is. In ieder geval worden hier op een dag meer steekwonden behandeld dan in welk Nederlands ziekenhuis in een jaar. De eerste hulp is een grote ruimte met in de ene hoek de opvang van de steek- en schotwonden, met ook stuk muur voor patiënten met COPD dan wel cardiale problemen en een hoekje voor de patiënten met verdenking Tuberculose. Hier hangt dan op de SEH een inzichtelijke flowchart hoe de patiënt geanalyseerd moet worden (zie foto als te drukken is) en die eigenlijk prima bruikbaar is.

Ik kan iedereen deze cursus van harte aanbevelen. Naast de dank richting de Zuid-Afrikaanse artsen, is ook een compliment richting Henk Hoogsteden en zeker ook Marleen Bakker op zijn plaats voor de geoliede organisatie. Deze reis had er zonder de constructieve support van de firma AstraZeneca heel anders uitgezien, derhalve ook hiervoor lof.

Hans in 't Veen
Rotterdam

Clinic Interstitial Lung Disease

Van 13 tot 15 december 2006 vond in het Brompton Hospital te Londen de Interstitiële Longaandoeningen Clinic plaats. Met 16 deelnemers werd de heenreis per vliegtuig met de nodige luchtzakken, appelflauwtjes en zo meer afgelegd, om na een lunch richting het Brompton Hospital te vertrekken, alwaar een warm onthaal ons wachtte.

De Clinic ging van start met een overzicht van de diverse interstitiële longaandoeningen, waarbij ook onze kennis van de PA beelden opgefrist werd. Daarna passeerden actuele behandelingsmogelijkheden de revue. Vervolgens mochten we de wekelijkse bespreking bijwonen waar diverse casussen gepresenteerd werden met de bijbehorende HRCT beelden en PA preparaten, zeer illustratief.

De volgende dag werden we helemaal bijgepraat over de HRCT in een overzichtelijke lezing. Ook werd de indicatie voor een open longbiopsie besproken. Bij een karakteristieke HRCT voor een IPF/UIP, LAM of LHC met bijpassende kliniek werd geadviseerd het open longbiopt achterwege te laten. Indien wordt overgegaan tot een chirurgisch open longbiopt wordt geadviseerd minimaal een biopt van 3 cm te nemen, op 2 verschillende plekken, niet van de

toppen van de longkwabben, en niet op plaatsen alwaar een zgn. end stage lung op de HRCT te zien is.

Ook het stukje prognose kwam aan de orde: een percentueel snellere afname van de VC per half jaar is gerelateerd aan een slechtere prognose. Een pitfall hierbij is, dat bij emfyseem en IPF de VC vals hoog is waardoor eea bemoeilijkt wordt. Er werden richtlijnen gegeven voor het moment waarop de longarts de mogelijkheid van longtransplantatie met de patiënt zou moeten bespreken (DLCO < 40 %) en bij welke longfunctionele gegevens het tijdstip daar is om de patiënt daadwerkelijk aan te melden voor longtransplantatie (DLCO < 30 %).

Op de laatste ochtend van de Clinic werden casussen ingebracht door de Nederlandse cursisten. De HRCT beelden en de PA preparaten werden beoordeeld door de



hooggeleerden van het Brompton Hospital. We waren telkenmale weer onder de indruk over, met name de beoordeling van de HRCT-scans: Zonder de PA preparaten werd door David Hansell op grond van de HRCT beelden al zeer frequent een juiste diagnose gesteld. We kunnen terugkijken naar een intensieve, maar zeer leerzame Clinic in het Brompton Hospital in Londen, waarbij we uiteraard aan Paul Bresser en ook aan Astra_Zeneca veel dank verschuldigd zijn.

Luc Steenhuis en Juliette Rooijmans.

The Liverpool Pathway Of Dying

(of: eerst Liverpool zien, dan sterven)

Van 9 tot en met 12 januari 2007 vond voor een derde maal de Clinic "Palliatieve Zorg" plaats vanuit het Marie Curie Centre in Liverpool, georganiseerd door AstraZeneca in nauwe samenwerking met Bert Baas *with a little help from professor Jan-Willem Lammers*, en op locatie grotendeels ingevuld door professor John Ellershaw en zijn medewerkers.

Na een voorspoedige transfer via Liverpool *John Lennon Airport (above us only sky)* werd kennisgemaakt met onze gastheer. De bijna schokkende gelijkenis van John Ellershaw met ene Mr. Bean bleek gelukkig slechts fysiek van aard.

De cursus was uitermate leerzaam, met een goede mix van plenaire voordrachten en interactieve sessies, een communicatietraining en een "site visit" (hospice of hospital). Een dagvullend programma wat helaas weinig ruimte liet om de *birthplace of the Beatles* aan te doen met de noodzakelijke site visits. Schrijver dezès vond gelukkig wel direct om de hoek van het Marie Curie Centre de St. Peter's Church (met o.a. de grafsteen van *Eleanor Rigby*), waar we rond lunchtijd van de curator een onverwachte entree kregen in de zaal waar *John Lennon* en *Paul McCartney* elkaar voor het eerst ontmoetten en *the Beatles* geboren werden, nu 50 jaar geleden. De Engelse 'kindness' werd nog eens extra geïllustreerd met een zeer aardige attentie voor deze *Beatles collector*: een die dag door de Royal Mail uitgegeven gelimiteerde set postzegels van de *Fab Four*. Misschien ook uiting van bovengemiddelde vriendelijkheid, empathie en compassie, aangezien deze trekken bij al zijn medewerkers in ruime mate aanwezig leken, zowel in het formele als informele contact. Een vorm van natuurlijke positieve selectie in een dergelijk centrum?

De eerste dag werd aandacht gegeven aan de geschiedenis van het Marie Curie Centre, de ontstaanswijze van de hospices in Engeland en de achtergronden van de (Liverpool) Pathway Of The Dying. Dit laatste behelst een soort checklist ter onderkenning van de specifieke individuele zorgen die de stervende en zijn familie behoeven op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel gebied, inclusief nazorg (rouwbegeleiding). The Liverpool Care Pathway is initieel ontwikkeld als een model om de (Engelse) hospice benadering te promoten en te

vertalen naar andere zorginstellingen, zoals verpleeghuizen en ziekenhuizen. Voorwaar nog een lange weg te gaan voor de Nederlandse situatie.

's Middags is onder leiding van twee Nederlandse trainers geoefend met betrekking tot communicatie, en werd aan de deelnemers het belang benadrukt van de eigen persoonlijke geschiedenis (je eigen "rugzakje"), en het onderkennen hiervan en kunnen schakelen tussen op "emotie" en op "controle" staan om de communicatie te optimaliseren.



Gelukkig waren er pauzes met (moeilijk te doseren) koffie of (English) tea. Altijd vergezeld van veel en gevarieerde sweets. Over de buffet-lunches niets dan lof: smakelijk, afwisselend en met dessert. Nadeel: opstarten in de middag viel zwaar, vooral omdat men verzoet bleek op warmte (in onze educatie ruimte maten we zelfs 25 graden Celsius!). De avondmaaltijd in de eigen restauratie ("curry at the Curie") werd door dezelfde enthousiaste groep koks en bedienend personeel smakelijk verzorgd.

Dag twee stond in het teken van pijnbestrijding (behandelen van "total pain" vereist meer dan analgetica voorschrijven volgens de WHO pijnladder), (on)zin van corticosteroiden in de terminale fase (ondanks veelvuldig gebruik is er maar weinig harde evidence) en herkennen en behandelen van delier (denk bijvoorbeeld aan preventieve behandeling met een lage dosis haloperidol). In de middag volgde een korte rondleiding door het Marie Curie Centre, afgesloten door ethische discussie rondom een gepresenteerde casus. Hierna was er nog kort tijd voor een bezoekje op eigen gelegenheid aan bijv. de Tate Gallery (of het *Beatles Story Museum*...) en de dagafsluiting vond plaats met een pint in de Philharmonic Pub. De "Phil", het beste voorbeeld van een weelderige Victoriaanse pub, is vooral bekend vanwege zijn marmeren heren toiletten (en "special guided tours allowing ladies..."). *John Lennon* zei ooit dat de prijs van roem was "not being able to go to the Phil for a drink".

Het avondprogramma was een uitstekend diner in the London Carriage Works, ook nu weer in gezelschap van onze gastheer. Een aantal van ons had nog energie over voor een concert van de *Mersey Beatles* tribute band in de *Cavern*, de kelder waar de Beatles 274 keer optraden voordat ze hiervoor te groot werden en in 1963 hun mondiale *Long And Winding Road* aanving.

(Schrijver dezes maakt op deze plaats alsnog excuses aan de collegae (lees: cultuurbarbaren) die ter plekke moesten dulden dat er in zijn ogen in Liverpool genoeg heilige grond was (*Penny Lane; Strawberry Fields*) en vooral ook belangrijker cultuur aanwezig was dan die verzameld in de Tate Gallery)

De derde en laatste dag was in de ochtend gevuld met in groepjes bezoeken en kennis nemen van drie verschillende palliatieve zorgvoorzieningen. Behalve voor het Marie Curie zelf was ingetekend voor het kleinere Queenscourt Hospice in Southport en het *Linda McCartney Centre* van de universiteitskliniek van Liverpool. Laatstgenoemd centrum bleek een separate eenheid met vooral een consultfunctie voor de totaal 1400 bedden (in Engeland is palliatieve zorg een erkend specialisme). Een uitgebreide en indrukwekkende casusbespreking gaf inzicht in de werkwijze en invulling van deze vorm van consultantschap, waarin enerzijds de betrokkenheid van de gespecialiseerde verpleegkundigen opviel, anderzijds de bijzondere verhouding tussen consultant en hoofdbehandelaar. In de middag werd door de diverse groepen plenair teruggekoppeld en werden de diverse leerpunten verzameld.

De beperkte groepgrootte werd positief beoordeeld, werkte bevorderend voor de interactie en openheid (m.n. in de communicatietraining). Meegespeeld zal ook hebben dat de meeste longartsen elkaar reeds (zeer) goed kenden.

Alle deelnemers waren onder de indruk van de expertise en betrokken inzet van de gastheren en gastvrouwen. Het zal een uitdaging zijn de ervaringen opgedaan bij deze cursus te gaan vertalen in onze eigen Nederlandse ziekenhuis omgeving. Daarbij is reeds uitgesproken om (perifeer en academisch) krachten te bundelen, gezamenlijk op te trekken en (bestuur van) de NVALT hierbij te betrekken. Ook de ervaringen van NVALT-leden die ons in deze AZ Clinic voorgingen zullen hierbij zeer welkom zijn. Tenslotte mag niet onvermeld blijven dat deze in alle opzichten uitstekend verzorgde cursus een prima illustratie is van de meerwaarde die een buitenlandse locatie kan hebben.

Let It Be.

René Termeer

Oproep Novartis Pulmonologie Prijs 2007

Zeer geachte collegae,

Hierbij wil ik uw aandacht vestigen op de Novartis Pulmonologie Prijs van 5000 Euro, die tijdens de najaarsvergadering van de NVALT op 5 oktober 2007 uitgereikt zal worden. Hij is bestemd voor een collega-longarts die, naast de reguliere werkzaamheden, een substantiële bijdrage heeft geleverd aan de kwaliteit van de longgeneeskundige zorg in de breedste zin van het woord. Dit niet zozeer door een uitnemend wetenschappelijk onderzoek of het beste proefschrift maar vooral door extra activiteiten om de kwaliteit van leven voor patiënten te verbeteren.

De prijs werd eerder toegekend aan de collegae Meinesz uit Groningen voor haar inzet voor thuisbeademing, Baas uit Tiel voor het opzetten van een centrum voor terminale patiënten, Heijerman uit Den Haag voor de behandeling van C.F.-patiënten, van Spiegel uit Amsterdam voor de rookstoplobby, Boonstra uit Amsterdam voor de behandeling van patiënten met pulmonale hypertensie, Westermann uit Nieuwegein voor zijn inzet voor patiënten met de ziekte van Rendu-Osler, Van den Bosch uit Nieuwegein voor zijn werk voor longtransplantatiepatiënten en Festen uit Malden voor zijn inzet bij het longkanker informatiecentrum.

Graag moedig ik u aan om een collega aan te melden als kandidaat voor de 9^e prijs.

U kunt uw schriftelijk gemotiveerde voordracht sturen aan de jury Novartis Pulmonologie Prijs p/a Novartis Pharma B.V., postbus 241, 6800 LZ Arnhem.

De jury bestaat uit vijf Nederlandse longartsen.

Eventueel overleg via tel. 0522-233071, fax 0522-233423 of veldhuizen@diacmeppel.nl

Wim van Veldhuizen, voorzitter van de jury.