

NOTULEN



Bijeenkomst: Algemene Ledenvergadering

Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie

Datum: 25 mei 2018

Tijd: 11.15 uur

Plaats: CineMec te Utrecht

Aanwezig: E.E.H.L. van Aarnhem, R.E. Accord, K. Ayan, P.J.C. Barenbrug, M.W.A. Bekker, J.A. Bekkers, S. Bemelmans-Lalezari, O. Birim, P.W. Boonstra, W.J.P. van Boven, T.J. van Brakel (secretaris), S. Bramer (bestuurslid), G.J. Brandon Bravo Bruinsma, J. Braun, M.P. Buijsrogge, R. Cocchieri, E.J. Daeter, Y.L. Douglas, J.H.R. Eikelaar, M.M.P. Haalebos, J.M. Hartman, M.G. Hazekamp, L.M. de Heer, S.M. van der Heide, R.H. Heijmen, A.G. Hensens, L.A. van Herwerden, V. Hindori, F.N. Hofman, G.J.F. Hoohenkerk, M.A.J.M. Huybregts, S. Kats, A. Kaya, C. Kik, R.J.M. Klautz, G.T.L. Kloppenburg, B.M.J.A. Koene (penningmeester), D.R. Koolbergen, T.L. de Kroon, W.W.L. Li, W. Lynch, J.G. Maessen (voorzitter), E.A.F. Mahtab, A.L.P. Markou, G. Mecozzi, J. van der Meulen, W.J. Morshuis, F. Porta (bestuurslid), P.H. Schoof, S.K. Singh, H.G. Smeenk, V. Sojak, M.A. Soliman Hamad, U. Sonker, R.G.H. Speekenbrink, S.R. Speigelenberg, W. Stooker, A.H.M. van Straten, P. Symersky, G. Tavilla, A. Tjon, Joek, Tjien, N.J. Verberkmoes, A.B.A. Vonk, M. ter Weeme, H. van Wetten, I.J. Wijdh-den Hamer (bestuurslid), A. van Wijk, J.A. Winkelman, K. Averink (notulen) – **69 leden**

Afwezig m.b.: E. Berreklouw, A.J.J.C. Bogers, G. Bol Raap, C.A. Boot, J.J. Bredée, J.J. van der Meer, B. Mochtar, A. Nijveld, M. Palmen, W.J.L. Suijker, A.F.T.M. Verhagen, A. de Weger

1. Opening en vaststellen agenda

De voorzitter opent de vergadering om 11.15 uur en heet iedereen van harte welkom.

Het agendapunt opleidingsplan wordt naar voren gehaald in aanwezigheid van de juniorleden.



2. Nieuw Landelijk Opleidingsplan

Kats geeft namens de commissie herziening opleidingsplan een korte presentatie over wat er gewijzigd is t.o.v. het oude opleidingsplan en biedt het nieuwe opleidingsplan aan aan de voorzitter. Het nieuwe opleidingsplan zal per 1 juli 2018 ingaan.

Vragen vanuit de zaal:

- Is het eenvoudiger? Het is in ieder geval minder uitgebreid en makkelijker beoordeelbaar.
- Van straten maakt zich zorgen over invulling van de verdiepingsstage. Hij vraagt zich af of je met het aantal longresecties die gedaan kunnen worden in de verdieping stage je die aantekening verdiend voor longchirurgie. Dit staat in schril contrast met nu. Maessen geeft aan dat het nog zeker een uitdaging wordt. De verdiepingsstages moeten nog ingevuld worden. Hier wordt aan gewerkt.
Jos Bekkers geeft aan dat iedere aios in de 5 jaar basisopleiding, naast de verdiepingsstage, ook nog eens vrij is om deel te nemen aan de longchirurgie. Een verdiepingsstage betekent niet dat je klaar bent.
- Speekenbrink vraagt waarom het streepje tussen cardio-thoracaal is verdwenen? Maessen geeft aan dat dit een principiële discussie is geweest en dat het uiteindelijk één woord is geworden “cardiothoracaal chirurg”. Dit is nu geen punt van discussie meer.
- Van Boxtel vraagt of de aios meerdere verdieping stages kunnen doen? Kats geeft aan dat dit mogelijk is wanneer aan alle epa's is voldaan.

De commissie herziening opleidingsplan wordt hartelijk bedankt voor haar inzet.

3. Mededelingen van de voorzitter

*(Mutaties) leden Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie
vanaf 17 november 2017*

Omzetting junior naar gewoon lidmaatschap

- B.A.E. Maesen, MUMC
- L.M. de Heer, LUMC
- N. Saouti, VUmc

Geen van de leden heeft bezwaar tegen het lidmaatschap van de voorgedragen leden Maesen, De Heer en Saouti.

Nieuwe junior leden

- G. Peeters, UMCG
- S. Timman, St. Radboud UMC
- N. Oldenburger, OLVG

Nieuwe buitengewone leden

- T. Nevvazhay, LUMC
- N. Harlaar, LUMC
- M. Rutten, UMCU
- R. Kharbanda, LUMC
- W. Knol, Erasmus MC
- A. Munnik, St. Antonius Ziekenhuis



Omzetting buitengewoon lidmaatschap naar junior lidmaatschap

- S. Cheheili Sobbi, MST

Omzetting gewoon naar senior lidmaatschap

- T. Ebels

Omzetting gewoon naar buitenlands lidmaatschap

- M. de Jonge

Beëindiging gewoon lidmaatschap

- T.W. Waterbolk
- L. Noyez

Beëindiging buitengewoon lidmaatschap

- M. de Lange
- C. Boer

Beëindiging senior lidmaatschap

- G. Geskes
- J.J. Kloek
- G.J. Kootstra

*(Mutaties) Vertegenwoordiging in Bestuur/Commissies/Werkgroepen
Vanaf 17 november 2017*

Toegetreden als bestuurslid:

- S. Bramer, Amphia Ziekenhuis

Teruggetrokken uit de Registratiecommissie hartoperaties NHR (voormalig commissie Dataregistratie NVT)

- R. Zandbergen, VUmc
- M.I.M. Versteegh, LUMC
- L. Noyez, Radboud UMC
- I.J. Wijdh-Den Hamer, UMCG

Toegetreden tot de Registratiecommissie hartoperaties NHR (voormalig commissie Dataregistratie NVT)

- A.B.A. Vonk, VUmc
- T.J. van Brakel, LUMC
- M. Verkroost, Radboud UMC
- G. Mecozzi, UMCG

Teruggetrokken uit de commissie Longchirurgie

- M.I.M. Versteegh, LUMC

Teruggetrokken uit werkgroep Longchirurgie NL (NVT/NVvL)

- M.I.M. Versteegh, LUMC



Toegetreden tot de werkgroep Longchirurgie NL
E. Hofman, St. Antonius Ziekenhuis

Teruggetrokken uit het bestuur van de DLCA

- M.I.M. Versteegh, LUMC

Toegetreden tot het bestuur van de DLCA

- J. Braun, LUMC

Teruggetrokken uit wetenschapscommissie DLCA-S (NVvL)

- M.I.M. Versteegh, LUMC

Toegetreden tot wetenschapscommissie DLCA-S (NVvL)

- R. Zandbergen, VUmc
- J. Braun, LUMC

Gemandateerd lid stuurgroep project Endocarditis 2.0. NVVC (SWAB richtlijn)

- E. Natour, MUMC

Gemandateerd lid werkgroep herziening richtlijn perioperatief traject (Kennisinstituut)

- R.A.F. de Lind van Wijngaarden, LUMC

Gemandateerd lid werkgroep Niet-kleincellig longcarcinoom (Kennisinstituut)

- A.F.T.M. Verhagen, Radboud UMC

Gemandateerd lid werkgroep richtlijn Boezemfibrilleren (Kennisinstituut)

- T.J. van Brakel, LUMC

Najaarsvergadering NVT/NVVC 2 november 2018:

Wijdh-Den Hamer geeft een korte toelichting op het concept-programma. Het congres zal uit twee dagen bestaan, waarbij met name de tweede dag bestemd is voor een gezamenlijk programma met de NVVC. Iedereen wordt van harte uitgenodigd.

AVG:

Ook de NVT moet laten zien dat deze AVG proof is. De documenten om te laten zien dat de vereniging AVG proof is en dat er (ook in de toekomst) aan gewerkt wordt zijn beschikbaar. Een ander punt is het aanleveren van de data. Dit zal d.m.v. verwerkingsovereenkomsten met de ziekenhuizen geregeld worden, zodat men de data kan blijven aanleveren.

Commissie Kwaliteit

Er komen steeds meer andere onderwerpen dan kwaliteitsvisitaties aan de orde en de structuur zal steeds meer aan gaan sluiten bij de werkwijze van de Raad Kwaliteit van de Federatie. Het toenemende takenpakket heeft er in ieder geval voor gezorgd dat er een aantal subcommissies zijn gevormd (accreditatie, richtlijnen, patiëntveiligheid en kwaliteitsvisitaties). Verder is het zo geregeld dat er in ieder geval één bestuurslid in de Raad Kwaliteit van de Federatie zit en dat daarnaast een aantal leden actief betrokken zijn bij de diverse subcommissies.

Daarnaast is er m.b.t. de kwaliteitsvisitaties (personele) hulp aangeboden vanuit de Federatie voor het uniformiseren van de kwaliteitsvisitaties en de normen.

Vernieuwing Website:

Het proces loopt (via MedOnline), de ontwerpfase is ingegaan. Op de vraag of er leden affiniteit hebben met het bouwen van websites en mee willen denken wordt niet gereageerd. Eventuele opmerkingen kunnen aan het secretariaat worden doorgegeven.

Onderzoek en innovatie:

- M.b.t. het hoofdlijnenakkoord is er geen goed nieuws voor onderzoek en innovatie. Er moet bezuinigd worden. Er zijn alternatieve manieren om geld te krijgen voor onderzoek en innovatie.
 - Via de SKMS – er lopen nu twee projecten, registratie AF en het tweede project dat is aangevraagd is de ontwikkeling van een app/informatieportaal voor chirurgische behandeling van longcarcinoom. Ook voor dit jaar is er weer geld beschikbaar. Alle ideeën zijn welkom. Dit kan gemeld worden bij de vereniging en waar nodig kan geholpen worden bij de aanvraag.
 - Zo is er ook geld beschikbaar via de kennisagenda: de NVT loopt hierin iets achter m.b.t. andere verenigingen. Inmiddels hebben de leden al twee maal een oproep ontvangen om hier mee aan de slag te gaan. In principe is het de bedoeling dat benoemd wordt wat de kennishiaten binnen het vak CTC zijn en die te prioriteren. Vervolgens zal aan de hand hiervan met een aantal centra, of het liefst landelijk, gekeken worden of hier een oplossing voor bedacht kan worden. De vereniging krijgt hierbij hulp vanuit het Kennisinstituut van de Federatie. Een initiatief dat hier naadloos op aansluit is Antistolling na bioprothese (zie agendapunt 4).

4. Kennisagenda

L. de Heer geeft een korte presentatie over de kennisagenda en het project antistolling naar bio prothese. Een discussie die een aantal centra al lijkt te hebben verlaten, maar waarvan het LUMC denkt dat het nog steeds belangrijk is om goed met elkaar te gaan uitzoeken wat nu de beste manier van antistolling is na bio prothese. Dit is ook een prachtig begin voor het opstellen van een kennisagenda.

De bedoeling is om de belangrijkste kennishiaten te gaan beschrijven en hier studies voor uit te zetten en eventuele resultaten hiervan te implementeren. Het verzoek aan de leden is om dit gezamenlijk op te gaan stellen.

Onderwerpen waarover het bijvoorbeeld zou kunnen gaan zijn:

- Antistolling
- Wondbehandeling
- Minimal invasieve technieken

De aanvraag voor het project antistolling na bio prothese is reeds bij ZonMW ingediend. De bedoeling is om na goedkeuring een groot trial te starten. Dit wordt gesteund door de NVT en ondersteunt door het Kennisinstituut om het op te nemen in de kennisagenda.

Maessen hoopt dat het inspirerend is en dat men dit ziet als de manier om tot een landelijk netwerk te komen om makkelijk onderzoek te doen met maximaal gebruik van de beschikbare middelen.

Vragen en opmerkingen vanuit de zaal:

Van Straten geeft aan dat er zeker bereidheid is om hieraan mee te doen maar geeft aan dat er al de NHR is waarin is opgenomen of mensen in de vroege fase een CVA doormaken of niet.

Wellicht is het een idee om eerst te kijken of daar verschillen uit te halen zijn.

De Heer vindt dit zeker een goed idee en dit moet ook zeker gebeuren, maar voor verbetering van evidence moet er een trial gedaan worden als deze om verder te komen dan een Evidence level C, zodat de uitkomst eventueel ook in de Europese of Amerikaanse richtlijn kan worden opgenomen.

Maessen vult aan dat de NHR dit ook expliciet gaat faciliteren. Hier wordt druk aan gewerkt.

Klautz vindt het een goed punt van Van Straten. Er zijn een aantal voorbeelden in de wereld waarbij de registraties gebruikt worden voor de follow up van de trials. Dit betekent wel dat wanneer je een fatsoenlijke trial wilt doen die richtlijnen oplevert je deze wel moet analyseren.

Wat gedaan kan worden is een gerandomiseerde trial en de follow up via de NHR laat lopen.

Echter AVG technisch zal dit moeilijk worden om uit te voeren. Maar dit is wel iets waar in de toekomst naar gekeken moet worden.

Klautz hoopt tot slot dat De Heer duidelijk heeft kunnen maken dat de trial niet achterhaald is en dat ook de kritische mensen aan zullen sluiten.

5. Transparantiekalender: CABG als procesindicator en uitkomstindicator

Bramer geeft in het kort weer wat er in de notitie staat.

Het Zorginstituut Nederland (VWS) heeft de wettelijke taak informatie over de kwaliteit van zorg te verzamelen, samen te voegen en beschikbaar te maken voor publiek gebruik (tbv keuze-informatie cliënten, bij de zorginkoop door verzekeraars en in de handhaving van IGZ). Welke kwaliteitsinformatie de zorgaanbieders wanneer aan het Zorginstituut moeten leveren, staat op de zogeheten Transparantiekalender. Patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders bepalen met elkaar welke indicatoren en de meetinstrumenten om die kwaliteit te meten op de Transparantiekalender komen.

De meetinstrumenten worden door zorgaanbieders, patiënten en verzekeraars aangeboden aan het Register van het Kwaliteitsinstituut. In het Register staan kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten en informatiestandaarden die voldoen aan de criteria uit het Toetsingskader. De ingediende meetinstrumenten zijn getoetst en goed bevonden. De meetinstrumenten in het Register die geschikt zijn voor publiek gebruik zoals keuze-informatie en zorginkoop, komen vervolgens op de Transparantiekalender.

Vanuit de NVVC is een indicatorenset voor 2019 samengesteld voor acute en electieve PCI. Het voorstel is om hierbij aan te sluiten en in de toekomst tot een gecombineerde registratie behandeling coronairlijden te komen.

Met het uitgangspunt dat er geen nieuwe zaken geregistreerd moeten worden stelt het bestuur van de NVT hierbij aan haar leden voor de volgende set indicatoren aan te dragen:

- Percentage patiënten dat een electieve/acute CABG procedure heeft ondergaan, waarbij de informatie in de minimale dataset van de CABG registratie (NHR) volledig is
- Sterfte binnen 30 dagen na CABG
- Sterfte binnen 1 jaar na CABG (of eventueel 120 dagen)



- Optreden van diepe sternumwondinfectie binnen 30 dagen na CABG
- Te overwegen: CVA met restletsel binnen 30 dagen

Het verzoek aan de leden is om dit goed te keuren?

Uit de discussie die volgt blijkt dat er met name angst is voor het verkeerd/anders analyseren van de data door zorgverzekeraars en andere partijen, waardoor er zogenaamde rankinglijstjes zullen ontstaan, met alle gevolgen van dien. Daarnaast betreft het geen risicogewogen data, waardoor het verwerpelijk is wanneer er gedacht wordt in termen als kwaliteit. Dit zou qua niveau een aantal stappen terug betekenen.

Bramer geeft aan dat er zeker gekeken moet worden hoe e.e.a. gepresenteerd wordt en dat het daarom zo klein mogelijk is gehouden. Maessen vult aan dat het bestuur het ook gezien heeft als een poging om, door hierbij aan te sluiten, te voorkomen dat er een eigen transparantiekalender opgelegd wordt voor de CTC.

Het bestuur zal e.e.a. uitzoeken en zal zich verder beraden over wat de beste strategische keuze is. In ieder geval wordt de voorwaarde gesteld dat het risicogewogen data moet zijn.

Van Herwerden: hierop aansluitend is er genoeg reden om de eigen dataverzameling in te zetten ook wat betreft de 120-dagen mortaliteit. Hiervan is aangetoond dat het een reëlere aanpak is dan de 30-dagen mortaliteit.

Het bestuur neemt de suggestie mee.

6. Deskundigheidsgebied & Eindtermen (D&E) opleiding tot Klinische Perfusionist (bijlage)

Het betreft de professionalisering van de opleiding van Klinisch Perfusionisten. Wijdh-den Hamer geeft een korte presentatie en laat zien wat de aanpassingsvoorstellen zijn:

- Oude tekst: De klinisch perfusionist voert onder verantwoordelijkheid van de cardio-thoracaal chirurg extracorporale circulatie (ECC) uit tijdens cardio-thoracale interventies.
Nieuwe tekst: De klinisch perfusionist voert in opdracht van de hoofdbehandelaar, onder eigen verantwoordelijkheid de extracorporale circulatie (ECC) uit.
- Oude tekst: De klinisch perfusionist voert zijn werkzaamheden met een grote mate van zelfstandigheid uit aan de hand van de vastgestelde evidence based of best practice richtlijnen.
Nieuwe tekst: De klinisch perfusionist voert zijn werkzaamheden uit in opdracht van een hoofdbehandelaar onder eigen verantwoordelijkheid (en in overleg met zijn opleider), aan de hand van de vastgestelde evidence based of best practice richtlijnen.

Overige aanpassingen:

- Perfusionist i.o. zal 32 uur/week ingezet worden (was 28,8 uur).
- Selectieve cerebrale perfusie met of zonder circulatoire arrest en perifere cannulatie technieken op niveau van DOEN.
- Strengere eisen gesteld aan praktijk opleiders voor perfusionisten i.o.

Veranderingen voor de CTC:

- Verantwoordelijkheid van de perfusionist.
- Meerdere “spelers” mogelijk niet alleen thoraxchirurg.
- De hoofdbehandelaar kan ook anders zijn dan de thoraxchirurg.



Adviezen hierover kunnen nog tot 1 juli ingebracht worden, vandaar dat het voorgelegd wordt.

Van Straten vraagt zich af of iemand die niet BIG-geregistreerd is op eigen verantwoordelijk kan handelen? Wijdh-Den Hamer laat weten dat deze discussie nog gaande is. De BIG-registratie is nog niet rond, dit ligt nog bij het Ministerie.

Klautz geeft aan dat het risico blijft dat wanneer er een aansprakelijkheidsprocedure volgt de CTC aansprakelijk is, zolang de perfusionist niet BIG-geregistreerd is.

Hensens vraagt zich af wat de juridische gevolgen zijn voor de NVT, ook als beroepsvereniging moet je juridisch sterk staan. Hij vraagt zich af of je hiermee akkoord moet gaan als de perfusionisten niet BIG-geregistreerd zijn.

Maessen geeft aan dat het lastig is om er niet mee akkoord te gaan omdat het een weergave is van hoe het in de praktijk nu werkt, maar dat de BIG-registratie zeker een voorwaarde is die gesteld zal worden.

Van Brakel vraagt zich tot slot af of iedereen zich realiseert dat dit ook praktische consequenties met zich mee kan brengen m.b.t. de organisatie binnen het ziekenhuis (zelfstandige perfusionisten, meerdere opdrachtgevers).

7. Verslag ALV 17 november 2017

Naar aanleiding van het verslag d.d. 17 november 2017: geen bijzonderheden.

De notulen worden met dank aan mw. Averink ongewijzigd vastgesteld.

8. Inkomende en uitgaande stukken (bijlagen)

Er zijn geen vragen over de inkomende en de uitgaande post.

9. Jaarverslag 2017

Er zijn geen vragen over het jaarverslag. Het jaarverslag wordt voor kennisgeving aangenomen.

10. Financieel jaarverslag 2017

Het jaarverslag wordt kort doorgelopen door Koene.

Mededelingen:

- Er zijn op dit moment een 4-tal hardnekkige wanbetalers, de vraag is wat hier mee te doen?
Moet er aangestuurd worden op het beëindigen van het lidmaatschap?
De Mol vindt dat deze leden geroyeerd moeten worden. Hensens stelt voor om een deurwaarde in te schakelen.
Alvorens tot deze maatregelen over te gaan zal er eerst nog een gesprek met deze leden plaatsvinden.
- Niet drukken programmaboekje: er is geen bezwaar om kosten te besparen en het programmaboekje niet meer te drukken.
- De BTW kwestie is afgehandeld. Na onderhandelingen met de belastingdienst heeft de vereniging fors minder hoeven te betalen.
- Er is sprake van een stabiele financiële situatie, aan de reserve voorwaarde is voldaan. De contributie zal daarom ongewijzigd blijven.
- De inning van de contributie is aanzienlijk verbeterd, maar dit blijft een aandachtspunt.

Bekkers merkt op dat hij het overzicht van de inkomsten en de uitgaven mist en vraagt zich daarnaast af of de balans achteruit is gegaan? Dit is in het getoonde overzicht niet zichtbaar. Koene geeft aan dat de definitieve jaarrekening over 2017 pas halverwege 2018 opgemaakt kan worden door de accountant, maar neemt de opmerking ter harte.

11. Rondvraag/Sluiting

Geen bijzonderheden.

12. Sluiting

De voorzitter dankt iedereen voor zijn/haar inbreng en sluit de vergadering om 12.40 uur.