

Bulletin

Nederlandse Vereniging Voor Pathologie
NVVP

Orgaan van de Nederlandse Vereniging Voor Pathologie

Maart 2009 - jaargang 18 - nummer 1

EDITORIAAL

In de Angelsaksische krantenwereld kennen ze het begrip Editorial, een redactioneel stukje over een hot item (om nog maar eens een anglicisme te bezigen). Natuurlijk bestaat iets dergelijks ook in de Nederlandse krantenwereld, maar een pakkende vertaling van het woord Editorial is er volgens mij niet. Vandaar deze poging: "editoriaal", als openend stukje. Ik vind zelf niet dat het perse opiniërend moet zijn, inleidend mag ook best. Deze keer zal het dan ook inleidend zijn.

Het is zelf voor de meest opgewekte ziel in deze wereld niet eenvoudig ook een beetje opgewekt te blijven. Van elke pagina, uit elk televisietoestel of radio-dito wordt op de argeloze mens ingepreut over de doem die de kredietcrisis ons allen gaat brengen. Of het sluipend kwaad geheel voorbij zal gaan aan de pathologie is natuurlijk niet te zeggen, maar we kunnen wel zeggen dat ons beroep relatief conjunctuur-ongevoelig is. Gelukkig maar! Tenminste één plek op de wereld waar het over wat anders kan gaan dan over de economische malaise. Vanaf hier dan ook gezweven over dat malheur! Ik moet denken aan een film waarin de volgende woorden klonken: "Now let us talk of less distressing matters. This murder for instance..." Vriendelijke ironie (een pluim voor degene die de film kan noemen!) een zelfje voor de eeltige ziel.

Mijn oproep om te reageren op de minimum aantallen die gedaan zouden moeten worden om diagnostisch vaardig te blijven,

heeft tenminste een reactie opgeleverd, uit het Nijmeegse. Hulde aan het Radboud, maar één is geen. Graag meer reacties, dan zal ik proberen een samenvatting te genereren.

Na 2x stilte is er weer een lab van de aflevering, ditmaal een bijzondere, de afdeling Pathologie van het NFI uit Rijswijk. De forensische pathologie is een volwaardige loot aan onze stam en er is op het NFI veel gaande, dus is het goed u allen te helpen herinneren aan deze tak van sport. Een beetje aandacht kan zeker geen kwaad, omdat er nog veel onwetendheid heerst op gebieden die ook de algemeen patholoog aangaat. Ik zag enige jaren geleden een poster op een congres in Engeland waar men een aantal sterfgevallen had voorgelegd aan een groep pathologen met de vraag of men dit geval een natuurlijke of niet-natuurlijke dood vond. Onthutsend genoeg was er geen enkel geval waarin alle pathologen het eens waren.

Opvallend voorbeeld: een patiënt die 20 jaar gerookt heeft, overlijdt aan een longcarcinoom. Natuurlijk of niet? Bijna 25% vond dit een niet-natuurlijke dood, een chronische intoxicatie! Hoewel ik niet zeker ben, vermoed ik dat in Nederland (bijna) iedereen dit wel een natuurlijke dood zou vinden. Maar problemen op dit gebied komen heel regelmatig voor. Een patiënt die na een ongeval in het ziekenhuis terecht komt en een pneumonie oploopt waaraan hij overlijdt...? Niet-natuurlijk, natuurlijk. Maar als de patiënt twee

dagen na ontslag een pneumonie krijgt, heropgenomen wordt en dan overlijdt? En wat als de pneumonie thuis opgelopen een gevolg is geweest van de multipele ribfracturen die goed doorademen belemmeren? We twifelen allemaal wel eens en de meesten van ons hebben in hun opleiding geen speciaal onderricht gehad in forensische zaken. Gelukkig is de afdeling pathologie van het NFI na visitatie goed bevonden een tweewekelijkse stage te geven voor assistenten in opleiding. Laten we hopen dat alle opleiders hun assistenten ook daadwerkelijk twee weken naar Rijswijk zullen sturen.

U zult ook een korte mededeling aantreffen over de veranderingen rond de SKKP, die is opgegaan in een grote stichting, de SKML (Stichting Kwaliteit Medische Laboratoriumvakken).

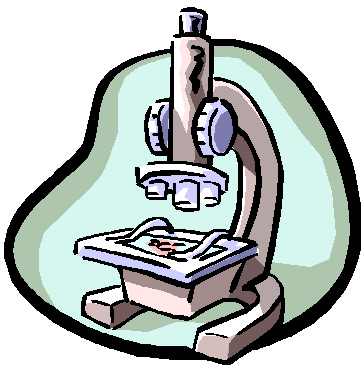
In dit Bulletin o.a.

- Van de bestuurstafel
- Lab van de Afdeling: NFI Leiden
- Casus Verbalis
- Reactie op Minima en Maxima
- Beste Doctors
- In memoriam: prof.dr. T. Vroom
- Even voorstellen

Verder natuurlijk een nieuwe casus verbalis en de mededelingen van ons bestuur. Oh ja, en ik heb helemaal niets gehoord op mijn oproep voor een nieuwe naam voor onze periodiek. Vindt iedereen dan "het Bulletin" een inspirerende naam? Ook hier geldt: reacties graag!

Verder wenst de redactie iedereen een mooi voorjaar toe, na alle kou en regen van de laatste maanden. En natuurlijk hopen we elkaar weer allemaal te zien bij de pathologendagen

Paul van der Valk



Minima en maxima, een reactie

In lijn met het stukje van onze hoofdredacteur in het vorige Bulletin lijkt het aannemelijk dat centralisatie van zeldzame lastige diagnostiek de kwaliteit van de diagnostiek ten goede komt, maar in welke mate dit aan de kwaliteit zou bijdragen is onzeker.

Voor die gebieden waar dit evident lijkt, zoals bijvoorbeeld voor bottumoren, is dit al gerealiseerd. Dat dit op veel andere gebieden niet of ten dele gebeurt, geeft al aan dat de winst van centralisatie beperkt zou kunnen zijn. Dit zal vooral afhangen van aanwezige specifieke expertise per afdeling en aanwezige patiëntenstromen binnen ziekenhuizen. In het algemeen is het in de pathologie gemakkelijk een tweede mening

te verkrijgen via consultatie binnenshuis of buitenshuis. Hiervan wordt ook in ruime mate gebruik gemaakt.

De belangrijkste taak van de Commissie BeroepsUitoefening (CBU) is het verbeteren van de kwaliteit van de diagnostiek, maar daartoe moet deze eerst gemeten worden. Een probleem binnen de pathologie is dat deze meetbaarheid lastig blijkt en inzicht in eigen functioneren t.o.v. andere afdelingen beperkt is. CBU werkt samen met de Landelijke Visitatie Commissie (LVC) aan een lijst indicatoren die deels ook de kwaliteit van de diagnostiek probeert in kaart te brengen. De belangrijkste indicatoren in dit opzicht zijn het aantal revisies (intern en extern), het percentage discordante revisies en het aantal consulten. Als uit deze indicatoren een duidelijke discrepantie met het landelijk gemiddelde (niet optimale kwaliteit op een bepaald terrein) naar voren komt, kan vervolgens naar de oorzaak gezocht worden. Een te geringe expertise is dan slechts een van de mogelijkheden. Indien bv. nierbiopten vaak niet conform gereviseerd worden, lijkt het aangewezen hier een oplossing voor te zoeken, bijvoorbeeld het altijd insturen voor een tweede mening. Voor een tweede mening geven wij overigens een voorkeur aan panels. Herbeoordeling in panelverband draagt bij aan zowel de kwaliteit van de diagnose als van de panelleden en het geeft pathologen die in panels participeren gelegenheid expertise op te bouwen.

De suggestie om bepaalde weefsels direct naar centra te sturen lijkt ons in het algemeen niet wenselijk. Er kleven ook nadelen aan. De diagnostiek zal vertraging oplopen, het contact met de kliniek is moeizamer en de expertise bij de pathologen buiten de centra zal verder afnemen. Ook kan centralisatie nadelig zijn doordat een deelspecialist in de regel een ander referentiekader heeft dan een generalist en mogelijk een bredere differentiële diagnose buiten zijn specialisatiegebied niet overweegt.

De Her2neu bepalingen zijn een voorbeeld dat er mogelijk een probleem is met de kwaliteit van onze diagnostiek. In een recente Rode Hoed discussiemiddag bleek dat er een forse variabiliteit zit in het percentage Her2neu positieve mammacarcinomen per ziekenhuis (snelle enquête van Vincent Smit (LUMC)), die waarschijnlijk alleen verklaard kan worden door wisselingen in techniek en interpretatie van de bepalingen. Tijdens deze discussie bleek echter ook dat iedere afdeling denkt het wel goed te doen. De CBU en LVC zijn mede hierom bezig, met hulp van PALGA, indicatoren op te zetten als spiegelinformatie, zodat iedere afdeling kan zien hoe zijn getallen zich verhouden ten opzichte van de andere afdelingen. De volumes van de verschillende materialen worden hierin meegenomen. Hieruit moet dan blijken of structureel afwijkende percentages van bv. Her2Neu positieve mammacarcinomen gerelateerd zijn aan kleine aantallen. Voor deze afdelingen lijkt het dan wel aangewezen materiaal naar een ander laboratorium in te sturen.

Voor de ontwikkeling van het vak pathologie is het een slechte zaak als er een rem komt op de introductie van nieuwe moleculaire technieken in zoveel mogelijk laboratoria. In dat licht is een minimum aantal bepalingen onwenselijk. Als echter blijkt dat de kwaliteit van de diagnostiek in het geding komt door te kleine aantallen, dan zal centralisatie wel nodig zijn om de kwaliteit te waarborgen.

Kortom, de CBU vindt dat het in kaart brengen van problemen met achterliggende oorzaken vooraf moet gaan aan het opleggen van maatregelen die verstreckende gevolgen kunnen hebben, mogelijk zonder enig effect op kwaliteit van de diagnostiek

Namens de CBU,

Arnold Noorduyt en
Joost Oudejans

In het decembernummer van dit bulletin riep Paul van der Valk op om te reageren op zijn stukje 'Minima en Maxima'. Als je nu vanuit juridisch perspectief naar deze kwestie kijkt, welk beleid is dan gewenst? Formuleren we liefst minimumkwaliteitseisen of kiezen we voor de strategie van indekken door zoveel als mogelijk 'moeilijke' gevallen voor te leggen aan deskundigen of panels? Reageren we op de toenemende dreiging van claims defensief of proactief? We zullen in dit stukje onze gedachten vanuit de juridische

Eerst wat casuïstiek. We zijn tot nu toe in onze commissie drie gevallen tegengekomen, waarbij deze kwestie speelt. Een collega stuurde een pigmentlaesie die zij uitermate verdacht vond voor een maligne melanoom toe aan een gerenommeerde dermatopatholoog. Die vond de afwijking benigne, maar de patiënt overleed aan een gemetastaseerd melanoom. Recent kregen we twee gevallen van lymfklierdiagnostiek, waarbij de vraag was waarom die niet waren voorgelegd aan het regionale lymfomenpanel. Het ene betrof een geval waarbij de oorspronkelijke diagnose M. Hodgkin moest worden herroepen in een EB-virusinfectie. De andere betrof een halsklier waarop de diagnose non-Hodgkinlymfoom was gesteld, maar later bleek het een carcinoommetastase. In beide gevallen werd achteraf de vraag gesteld, waarom deze klieren niet in het regionale lymfomenpanel waren gezien.

De wet heeft iedere arts de plicht opgelegd de zorg van een goed hulpverlener te leveren (art. 7:453 Burgerlijk Wetboek). Dat is een z.g. 'open norm': goed hulpverlenerschap is niet in algemene zin operationeel gedefinieerd, maar moet steeds naar gelang de omstandigheden worden omschreven. Wat betreft de prestatie die wij jegens de patiënt moeten leveren, geldt een inspanningsverplichting, dus we moeten zo goed mogelijk ons best doen. Dat betekent dat we onze mogelijkheden én onze grenzen dienen te kennen. We hebben voor adequaat diagnosticeren kennis en ervaring nodig.

Eénpitterpraktijken zijn gelukkig uitgestorven, dus we hebben al de mogelijkheid binnen het eigen laboratorium van de kennis en

ervaring van collega's gebruik te maken. Daarnaast kennen we de nodige coryfeeën op wie we een beroep kunnen doen: voor bruine vlekjes, lymfomen, nierbiopten, weke delentumoren etc. En dan zijn er diverse meerkoppige regionale of landelijke panels en fora: voor lymfomen, weke delen, mesotheliomen, melanomen en noem maar op; hun aantal groeit gestaag.

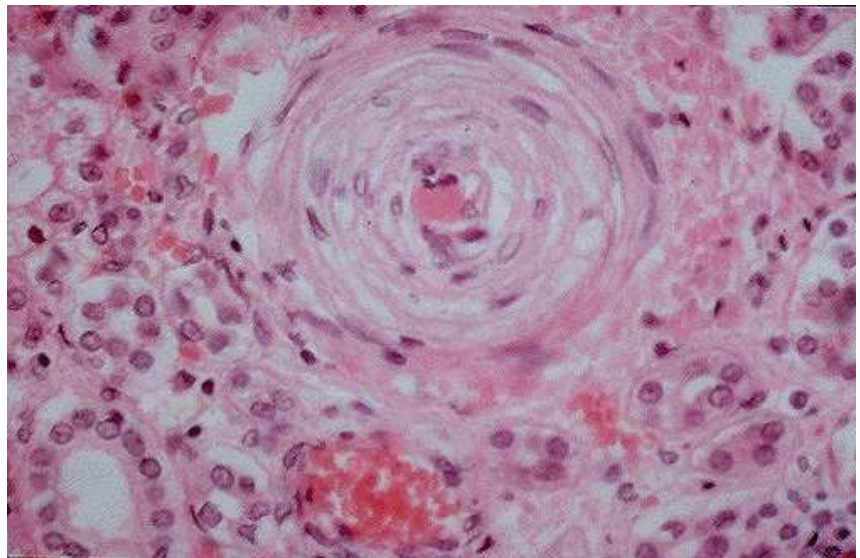
Ben je dan verplicht, zodra er zo'n groep of panel bestaat, je coupes steeds naar hen op te sturen? Nee. En als je dat nalaat en jouw diagnose blijkt onjuist: ben je alleen al daardoor toerekenbaar tekortgeschoten? Ook hier is het antwoord ontkennend. Vanaf het moment dat binnen jouw laboratorium het plankje met coupes en werkbrief bij jou afgeleverd wordt, ben jij degene die verantwoordelijk is voor alle processen die tot de diagnose leiden, wat er ook allemaal verder mee gebeurt. Je moet steeds het al genoemde zelfonderzoek doen: ben ik voldoende zeker van mijn diagnose? Heb ik voldoende kennis en ervaring in huis om dit probleem tot een oplossing te kunnen brengen? Zo niet, wat moet ik dan doen (in de boeken duiken, aanvullende immunohistochemie vragen) en/of wie moet ik om hulp vragen? De lat van de professionele eer moet zeker niet te laag gelegd worden anders wordt de verantwoordelijkheid maar al te gemakkelijk bij een ander gelegd ('ik vind die naevi toch zo lastig, wil jij het afwerken?'). Met zelfreflectie én systematische toetsing van je diagnostiek wordt duidelijk waar jouw grenzen liggen. De NVVP zou in theorie kunnen adviseren om bepaalde diagnostische categorieën altijd voor een tweede oordeel aan anderen voor te

leggen. Wanneer dat zo geregeld wordt en er blijkt een misclassificatie zonder dat het secundaire oordeel werd gevraagd, dan ligt de bewijslast voor de fout niet bij de claimant maar bij de verantwoordelijke patholoog.

Maar tegelijk is ook duidelijk dat bepaalde diagnostische onderwerpen notoir lastig zijn. Bijvoorbeeld lymfomenpanels zijn niet voor niets ontstaan: ze verhogen de kwaliteit van diagnostiek door concentratie van kennis en ervaring. Wanneer stelselmatig alle mogelijke lymforeticulaire maligniteiten aan lymfomenpanels voorgelegd worden, is er tegelijk een stukje externe kwaliteitstoetsing. Zo bezien zijn er dus drie situaties denkbaar om een geval buiten het eigen lab voor te leggen aan een deskundige of een panel: ten eerste een 'moeilijk' geval waar je niet goed uitkomt en hulp nodig hebt, ten tweede voor systematische kwaliteitstoetsing (lymfomenpanel) of ten derde bij die afwijkingen waar het opsturen bijna vanzelfsprekend is (commissie voor beentumoren of mesotheliomenpanel).

Een minimumnorm is in ons vak praktisch niet werkbaar. Voor klinische problemen zijn afspraken te maken voor concentratie van (meestal chirurgische) behandeling, zoals bij een eenmaal gediagnosticeerd oesofaguscarcinoom. Maar wanneer de gynaecoloog een patiënte ziet met een bobbelletje op de vulva en er volgt een excisiebiopsie, dan kan het histopathologisch iets simpels zijn zoals een epidermiscyste, een plaveiselcelcarcinoom, maar het kan ook een agressief angio-myxoom blijken; van tevoren is nooit duidelijk of het iets gewoons

of iets zeldzaams is. En daarom wordt er van de patholoog niets minder dan grote eigen verantwoordelijkheid gevraagd om de diagnostiek tot een juist einde te brengen. Dat is ook wat de wet stelt: de zorg van een goed patholoog betrachten. Het is toch niet realistisch om een regel te stellen die luidt: "wie minder dan vijf agressieve angiomyxomen per jaar ziet, moet deze diagnostiek delegeren naar een bepaald centrum"? Wat we wél vanuit onze professie dienen te organiseren is dat we goed moeten leren hoe bijzondere gevallen te herkennen. Dat zijn kwesties voor de inrichting van opleiding en nascholing.



Raimond Giard
Jan Broekman
Jan-Willem Arends

Diagnostische fouten door drogbeelden

Bij de gevallen van (vermeende) diagnostische fouten waarover de juridische commissie een rapport moet uitbrengen bevinden zich soms casussen die onder het kopje 'instinkers' vallen: een adenositis van de mamma als carcinoom geclassificeerd, een granulomateuze prostatitis geduid als weinig gedifferentieerd adenocarcinoom. Bij de objectiverende herbeoordelingsprocedure wordt de 'ware' aard soms wel door de herbeoordelaars (die van niets weten!) herkend en de valkuil gemeden. Als dan in het kader van hoor en wederhoor vervolgens de verantwoordelijke collega met ons rapport wordt geconfronteerd, komt het voor dat deze stelt dat die misclassificatie toch verontschuldigbaar was omdat het toch om een uit de wetenschappelijke literatuur bekend drogbeeld ging.

Is dat nu een juridisch overtuigend argument? Nee. Op een onbekend gevaar kan niemand bedacht zijn, maar op een bekend wel. Op artsen rust in wettelijke zin – maar ook in morele – een zorgvuldigheidsplicht. Wie bekend is met risico's dient ook maatregelen te nemen die redelijkerwijs de kans op mogelijk onheil kunnen ondervangen. Als bijvoorbeeld Epstein in zijn handboek *Prostate Biopsy Interpretation* een hoofdstuk wijdt aan 'mimickers of adenocarcinoma of the prostate' dan is dat iets wat deel uit dient te maken van onze zorgplicht en dus te behoren tot de parate kennis. We hebben als juridische commissie al vaker gesteld dat we bij iedere casus die we als pathologen afwerken onszelf de veiligheidsvraag zouden moeten stellen: zijn er nog andere verklaringen denkbaar voor dit microscopische beeld? Daarbij worden we dankzij de ontwikkelingen van de immunohistochemie geholpen meer zekerheid te krijgen omtrent de diagnose door andere verklaringen uit te sluiten.

Om bij de prostaat te blijven: we kunnen ons hoeden voor de misclassificatie adenocarcinoom bij adenositis of scleroserende atrofie door basale cellenmarkers en combinatie met AMACR of de kwestie van de differentiaaldiagnostiek granulomateuze prostatitis/weinig gedifferentieerd is met LCA en/of CD68 met een pankeratine op te lossen. Voor mammabiopten is eenzelfde benadering denkbaar. En ja, natuurlijk: ook bij immunohistochemie zijn foutpositieve of foutnegatieve uitslagen mogelijk. Een ding is zeker: diagnostische fouten zullen we nooit geheel kunnen uitbannen. Er wordt ons ook niet de standaard van *excellent care* maar die van *reasonable care* opgelegd. Maar bij de zorg die we redelijkerwijs dienen te betrachten hoort wel kennis van valkuilen en hoe die te voorkomen.

Aan die zorgplicht zullen we dus als wetenschappelijke vereniging zowel wat betreft de opleiding tot patholoog als wat betreft de nascholing (extra) aandacht mogen besteden. En daarbij helpt het beslist om ons vak eens door een juridische bril te bekijken. In sommige labs is het – vaak na het constateren van een fout – inmiddels standaard om bijvoorbeeld mammabiopten en prostaatnaaldbiopten standaard te voorzien van aanvullende immunohistochemie (o.a. basale cellenmarkers). Nu meer en meer veiligheidsgaranties van ons worden gevraagd, zullen we daarover als beroepsgroep goed moeten nadenken.

Raimond Giard

Het afgelopen jaar heeft de vereniging voor het eerst gefunctioneerd met een professioneel secretariaat én professionele financiële ondersteuning. Dankzij Mona Bastiaansen verschenen er weer regelmatig bulletins, is de ledenadministratie verbeterd en is de NVVP continue bereikbaar geworden. Het bestuur kon een aantal zaken afwerken, zoals het aanpassen van de statuten en het opstellen van een beleidsplan. De statuutaanpassing was nodig om het bestuur en haar commissies meer zelfstandige beslissingsbevoegdheid te geven. Zo kan het traject van informeren, adviseren en besluitvormen worden bekort. Als tegenprestatie dient het bestuur een beleidsplan op te stellen. Dit beleidsplan is samengesteld op grond van de strategiebijeenkomst van september in 2008. Tijdens deze informatieve discussieavond waren alle commissies bijeen om het beleid 'in te kleuren'. Op de pathologendagen zal het bestuur dit beleidsplan toelichten.

Het NVVP bestuur is nog niet klaar met professionalisering. Ons perspectief is nog te veel naar binnen gericht; we moeten ons vak wat duidelijker 'verkopen'. Overigens is het bestuur niet ontevreden over de mate van pers voor de pathologie. Er duiken interessante bijdragen van pathologen op, zoals in het NRC en het Medisch Contact. Dit zijn doorgaans persoonlijke visies (waar niets mis mee is). Zodra bijdragen het vak in zijn algemeenheid betreffen, verwachten we van de leden dat zij vooraf afstemming zoeken met het bestuur. Eén ongelukkig stuk kan, wat betreft beeldvorming, jaren kosten om dat weer te neutraliseren. Daarom is het bestuur bezig met een PR beleid om ons vak wat professioneler naar buiten toe te positioneren.

Een van de precare onderwerpen is de 'onnodige kostenpost', zoals verwoord in het artikel uit Medisch Contact, waarbij vraagtekens

werden gezet bij het nut van sommige soorten PA onderzoeken. Het kan geen kwaad om dit nog eens te laten doordringen: kan patiëntenzorg niet met een stuk minder PA? Als we zelf de vraag niet stellen, doen anderen dat wel voor ons. Daarom zal er op de pathologendagen een discussieforum met een pro en contra voordracht opgezet worden. Een moderator zal een en ander in goede banen leiden.

Naar de website

Bezoek www.pathology.nl en controleer uw adresgegevens. Controleer of u er juist in staat. Controleer of u er niet 2 of 3 keer in staat. U moet dit zelf schonen.

Naar GAIA

In het vorige bulletin was het bestuur iets te enthousiast. U hoeft niet per se uw nascholingsactiviteiten elektronisch bij te houden! Het mag op een bierviltje als u dat wilt, maar het heeft geen zin dit viltje op te sturen naar de Commissie Bij- en Nascholing. Het viltje moet u wel opsturen bij de 5 jaarlijkse herregistratie. Wij betwijfelen of dit geaccepteerd zal worden. We raden u daarom toch aan dit elektronisch te doen. Voor diegenen die dit nog niet doen, heeft het bestuur een toelichtingspowerpoint geplaatst op de website. Maar vergeet ook niet het filmpje op <http://knmg.nl/artsdossier/> te kijken. Lees, verderop in dit bulletin, de toelichting van Jos Meijer.

Naar kwaliteitsprojecten van de SKMS.

Het enorme pand in Utrecht met de naam Domus Medica heeft er een nieuwe club bij: de Stichting Kwaliteitsgelden Medische Specialisten (SKMS). Nog meer papier voor onze gemeenschappelijk carbon footprint. Op de valreep van 2008 moest uw bestuur nog drie projecten indienen voor het kwaliteitsbeleid

van de SKMS t.b.v. onze wetenschappelijke vereniging. Voor 2009 plaatst het bestuur hier vast een 'call for proposals':

Hebt u goede ideeën voor kwaliteitsprojecten die leiden tot richtlijnen of prestatie-indicatoren? Laat dit dan uw bestuur weten.

Naar contributie, Zeist en Senium
Tot slot financiën. De penningmeester spoort u aan de contributie voor 2009 (maar ook de eventueel nog openstaande over 2008!) per kerende post te betalen. Bespaar uw vereniging gehannes met het innen: teken de machtiging. U leest het goed: niet voor uw gemak, maar voor het gemeenschappelijke gemak van de NVVP (we draaien er maar niet omheen), maar zelfs uw voorzitter heeft de machtiging al ingevuld en opgestuurd.

Op naar Zeist en de pathologendagen: voor de tweede keer in Figi. Met Chris Fletcher belooft dat weer interessant te worden. Schrijft u zich ook in voor het diner (met schertsende AIOS...)?
Ter geruststelling: de voorzitter houdt van korte speeches. Kunnen we praten over stamcellen en de dingen die voorbijgaan, drinkend op de Federadag van 19 juni 2009. Die dag gaat immers over veroudering en ouderdomskwalen. In het LUMC natuurlijk.!

Met vriendelijke groet,

Uw bestuur



Het lab van de afdeling: Nederlands Forensisch Instituut

In het Bulletin van december 2008 was een niet mis te verstane uitnodiging van Het Bestuur om een bijdrage te leveren aan het Bulletin vanuit het Nederlands Forensisch Instituut (NFI). Dat laten we ons geen twee keer zeggen!

Het NFI, gelegen nabij het verkeersplein Ypenburg (vanaf de snelweg zie je het als een zwarte, platte doos liggen) ontstond in 1999 uit een fusie tussen het Gerechtelijk Natuurwetenschappelijk Laboratorium en het Laboratorium voor Gerechtelijke Pathologie. Bij elkaar zijn er meer dan 30 onderzoeksgebieden (www.forensischinstituut.nl) die tezamen jaarlijks ruim 41.000 onderzoeken doen.



Het NFI is een agentschap van het Ministerie van Justitie en wordt door het Ministerie gefinancierd. Er werken zo'n 500 mensen. Het voert onderzoek uit in het kader van strafzaken en gericht op waarheidsvinding. Hierbij wordt een neutrale en onafhankelijke positie ingenomen. De opdrachtgever is in het algemeen Politie en Justitie. De situatie in het NFI maakt het mogelijk om met diverse disciplines goed samen te werken. De Pathologie vormt samen met de Toxicologie één afdeling en werkt verder veel samen met disciplines als Schotresten en KIV (kras-, indruk- en vormsporen). Behalve pathologen en toxicologen zijn er binnen de afdeling Pathologie/Toxicologie forensisch geneeskundigen en forensisch antropologen werkzaam.

Korte geschiedenis

Er is vanuit Justitie en Politie altijd behoefte geweest aan wetenschappelijk verantwoorde medische expertise binnen het domein van het strafrechtproces.

De problematiek bij de vraagstelling is zeer divers en varieert van vragen bij lijkvinding, onzekerheid over natuurlijke en niet-natuurlijke dood, onzekere doodsoorzaak ("cause of death"), toedracht ("manner of death") en documentatie en interpretatie van opgelopen letsels. Maar ook de vraag of weefsel (meestal skeletdelen) menselijk of dierlijk zijn en wat de ouderdom ervan is, komt regelmatig voor. Indien de verjaringstermijn nog niet verstreken is, wordt onderzoek gevraagd met het oog op identificatie.

Vóór de tweede wereldoorlog werden deze vragen voorgelegd aan enkele universitaire patholoog-anatomen. Na de oorlog was er vanuit Justitie behoefte aan een meer formele relatie. Volgens de overlevering waren er destijds geen mogelijkheden voor universitaire forensische pathologie hetgeen in 1951 resulteerde in de oprichting van "het gerechtelijk geneeskundig laboratorium" (later het "laboratorium voor gerechtelijke

pathologie" -LGP- genoemd) dat tezamen met het Gerechtelijk Natuurwetenschappelijk laboratorium de "Gerechtelijke Laboratoria" vormde. De Gerechtelijke Laboratoria ressorteerden onder het Ministerie van Justitie. Dit in tegenstelling tot het buitenland waar de forensische pathologie meestal universitair is ondergebracht. Tot in de jaren tachtig zijn er in de noord/oost regio forensische secties uitgevoerd door Groningse pathologen.

Forensische geneeskunde

Uitwendig medisch forensisch onderzoek en letselinterpretaties, ook bij levende slachtoffers, werden in vroeger dagen in het algemeen gedaan door de lokale huisarts. Hierin kwam, halverwege de vorige eeuw, verandering met de oprichting van een beroepsvereniging voor forensisch geneeskundigen (vroeger ook wel gemeentelijk lijkschouwers genoemd) onder meer met scholing op dit specifieke medische gebied. Er zijn in

Nederland momenteel 173 bij de beroepsvereniging geregistreerde forensisch geneeskundigen, meestal werkzaam bij de G.G.D.

Relatie met de klinische pathologie

In tegenstelling tot klinische obducties worden gerechtelijke secties gelast door de Officier van Justitie. De wettelijke basis hiervoor is vastgelegd in de Wet op de Lijkbezorging. In de regel betreft het een vermoed of apert misdrijf, maar ook kan onzekerheid, plots en onverklaard overlijden of onzekerheid omtrent de natuurlijke aard van het overlijden reden zijn voor gerechtelijke sectie. De procedure van de sectie is niet alleen gericht op het vaststellen van de oorzaak van het overlijden, maar het onderzoek is ook gericht op het aantonen of uitsluiten van ziekelijke aandoeningen, toxische stoffen of letsels, die voor de doodsoorzaak van betekenis kunnen zijn geweest. Dit levert niet alleen belangrijke informatie op voor de strafrechtprocedure maar kan ook van belang zijn voor de familie.

In tegenstelling tot de klinische obductie wordt bij de gerechtelijke sectie altijd volledig uit- en inwendig onderzoek van het lichaam gedaan waarbij de bevindingen gedetailleerd worden beschreven, en uitvoerig gefotografeerd door professionele NFI-fotografen. Tegelijkertijd worden vchten en weefselmonsters gereserveerd voor (eventueel) toxicologisch onderzoek. Dit is niet alleen van belang voor de conclusies maar ook kan de vraagstelling gewijzigd of uitgebreid worden door later verkregen medische gegevens of informatie uit rechercheonderzoek. Ook zijn de verzamelde bevindingen en documentatie belangrijk voor eventuele second opinion of contra-expertise.

Een belangrijk verschil met de klinische pathologie is dat de oorzaak van letsels en doodsoorzaak vaak gelegen is bij menselijke handelingen. Dit betekent dat het spectrum van bevindingen sterk varieert en soms zelfs bizar of onvoorstelbaar voorkomt. Hiermee dient bij de interpretatie van de bevindingen rekening te worden gehouden. Dat

geldt voor geweldsmisdrijven maar bijvoorbeeld ook voor seksuele delicten. Seksuele delicten vormen een apart hoofdstuk, ook in de literatuur.

Ook de klinisch patholoog kan in het grensgebied tussen klinische en gerechtelijke pathologie verzeild raken. Als de klinisch patholoog obductie verricht kunnen er waarnemingen gedaan worden, die tot andere inzichten of onzekerheid leiden met betrekking tot natuurlijk overlijden. Enige kennis en ervaring op het gebied van de forensische pathologie is dan van belang voor het interpreteren van de bevindingen en het nemen van de juiste beslissingen. Eventueel kan hierbij een forensisch patholoog worden geraadpleegd.

Huidige situatie NFI/forensische pathologie: opleidingstraject, opleiding en onderwijs

Momenteel worden vrijwel alle gerechtelijke secties verricht door zes pathologen van het NFI in de twee sectiezalens van het NFI. Verder werken er op de afdeling vier ervaren forensische artsen, die expertise bezitten onder meer op het gebied van letselbeoordeling. Behalve lijkschouw doen deze artsen ook letselbeoordeling bij levende slachtoffers en verdachten van misdrijven, en worden ze door Politie geconsulteerd bij vragen op het gebied van postmortaal verstreken tijd, natuurlijke en niet natuurlijke dood en bij complexe "P.D.'s" (plaats delict, vaak de plaats van lijkvinding). Eén van deze artsen is in het bijzonder betrokken bij vraagstellingen op het gebied van kindermishandeling. Tezamen met de bovengenoemde forensisch kinderpathologen maakt hij deel uit van de multidisciplinaire landelijke werkgroep "forensische pediatrie". Tenslotte zijn er twee forensisch arts-antropologen, die betrokken worden bij vraagstelling op het gebied van identificatie, bij gevorderde postmortale veranderingen, onderzoek van lijkdelen (humaan/ niet humaan, skeletdelen, ouderdom van skeletdelen), exhumaties (lijkopgraving) en er is een fysische antropoloog voor leeftijdbevestiging bij levenden waaronder jonge asylozoekers.

De aard van de problematiek maakt het dikwijls noodzakelijk om samen te werken met intramurale en extramurale deskundigen op het gebied van bijvoorbeeld entomologie, odontologie, toxicologie, KIV (kras- indruk- en vormsporen), schotresten en klinische specialisten waaronder klinisch pathologen. Soms wordt op verzoek van de Officier van Justitie deelgenomen aan expertmeetings.

Bij de ingebruikname van het nieuwe en daartoe ontworpen gebouw (figuur) kan worden beschikt over 2 moderne sectiezalens met adequate röntgenfaciliteiten: doorlichting door middel van een C-boog röntgentoestel. Een derde sectiezaal is gereserveerd voor onderzoek naar microsporen op het lichaam door deskundigen op dat gebied. Deze constructie is er vooral in verband met maatregelen tegen D.N.A. contaminatie.

In de praktijk wordt een vaste procedure gevolgd bij secties op volwassenen en kinderen. De procedures en bijzondere verrichtingen zijn vastgelegd in een protocollenboek. Complexe problematiek op het gebied van (meestal traumatische) neuropathologie en de specifieke aanpak bij kindersecties leiden tot deelspecialisaties: forensische neuropathologie (Bela Kubat) en forensische kinderpathologie (Ann Maes en Vidija Soerdjbalie-Maikoe), terwijl bijzondere maar weinig voorkomende situaties als ongevallen met vliegtuigen, duikongevallen en verkeersongevallen inmiddels ook tot deelspecialisatie hebben geleid.

Per jaar zijn er gemiddeld zo'n 500 secties. Bij een belangrijk deel hiervan blijkt de doodsoorzaak te berusten op mechanische geweldsinwerking, vergiftiging, een ziekelijk proces of blijkt bij sectie een combinatie hiervan. Bij complexe of onzekere diagnoses kunnen externe klinische consultants, waaronder pathologen, worden geraadpleegd.

Terwijl er altijd al röntgenonderzoek werd gedaan (doorlichting op zoek naar kogels, afgebroken mespunten, in het kader van identificatie, en angiografie van kransslagaders en de bloedvaten van het hoofd-

halsgebied) wordt de laatste jaren in toenemende mate gebruik gemaakt van geavanceerde radiologische technieken, zoals CT-scanning, voor onderzoek van skelet en schedelletsels ten behoeve van diagnostiek en documentatie. Hiertoe is er goede samenwerking met de afdeling radiologie van een nabijgelegen ziekenhuis. Te verwachten is dat deze ontwikkeling zich voortzet onder meer met voorbereiding voor de oprichting van een werkgroep forensische radiologie en radiologisch onderzoek en research in samenwerking met academische radiologische centra.

Voor de klinisch patholoog die bij het NFI wordt aangesteld is er een gestructureerde interne opleiding van ruim een jaar ("training on the job"), gesuperviseerd door een senior patholoog en afgesloten met een "permanente beëdiging" als "vast gerechtelijk deskundige" tijdens een speciale zitting van de Rechtbank. Ook is er een intern opleidingstraject met cursussen o.a. op het gebied van het strafrecht en criminalistiek, en een Rechtbanktraining gericht op het opdoen van ervaring als getuigedeskundige bij de Rechter-commissaris, Rechtbank en Gerechtshof. Tenslotte zijn er stages bij buitenlandse laboratoria voor gerechtelijke pathologie. Na afronding van dit traject is er een centraal NFI examen waar een buitenlands forensisch patholoog bij is betrokken en volgt registratie als "tekenbevoegde" door het NFI. De secties worden in het kader van kwaliteitsborging volgens vaste procedures verricht, vastgelegd in een protocollenboek. Het eindverslag van de sectie wordt intercollegiaal getoetst ("geschaduwde") voordat het naar de opdrachtgever verzonden wordt.

Tot de kwaliteitsmaatregelen behoren voorts visitatie door de NVVP en een jaarlijkse visitatie door de Raad voor Accreditatie. Een gerenommeerd buitenlands forensisch patholoog participeert in deze visitatie.

Er zijn mogelijkheden tot het verrichten van wetenschappelijk

onderzoek: momenteel zijn er projecten op het gebied van larynxletsels, diffuse axonale schade in het centrale zenuwstelsel en bewerkt één van de pathologen een dissertatie op het gebied van letseldatering in samenwerking met de V.U. Amsterdam.

De artsen van de afdeling Pathologie leveren bijdragen aan de opleiding van medische studenten (Groningen, Maastricht, Amsterdam), politiefunctionarissen (politieacademie te Zutphen) en juristen (Rechterlijke ambtenaren in opleiding voor Rechter en Officier van Justitie -RAIO's-, strafrechtadvocaten) en dragen bij aan interne opleidingen. Tenslotte zijn er mogelijkheden voor studenten om een wetenschappelijke stage te doen.

Het NFI wil bijdragen aan de opleiding van artsen tot patholoog. Er is een gestructureerde stage van 14 dagen ontworpen waarbij de AIOS betrokken wordt bij het primaire proces. Er bestaat gelegenheid tot het opdoen van kennis en enige ervaring op het gebied van wettelijke aspecten, natuurlijk versus niet-natuurlijk overlijden, forensische probleemoplossing en rapportage, deelname aan de discussies (ochtendbespreking, wekelijkse sectiebespreking en expertmeetings) en zo mogelijk bezoek aan Rechtbank, Gerechtshof en Rechter-commissaris.

Deze stage is recent gevisiteerd door de Medische Specialisten Registratie Commissie; tegen eind februari 2009 wordt de beslissing door de M.S.R.C. verwacht.

De forensische pathologie heeft altijd in de belangstelling gestaan van de media. Het optreden van forensisch pathologen in televisieseries en geruchtmakende zaken zullen hier mede debet aan zijn. Met verzoeken om interviews wordt altijd terughoudend omgegaan en altijd wordt samengewerkt met de afdeling Communicatie van het NFI. De vragen bij het interview betreffen zelden (de relatie met) de klinische pathologie maar veelal de

gerechtelijk aspecten en de wijze waarop de geïnterviewde patholoog met de forensische problematiek omgaat. Het concept-artikel wordt altijd voorgelegd aan de geïnterviewde en de communicatie-adviseur om fouten te corrigeren. Uiteindelijk is het de interviewer, die de inhoud van het artikel bepaalt.

Toekomstverwachting.

De forensische pathologie ontleent veel kennis, ervaring, methoden en vaardigheden aan de klinische pathologie. Toenemende samenwerking met de klinische pathologie in deze tijd ligt voor de hand. Er zijn gevorderde plannen voor academisering van de opleiding tot forensisch patholoog in samenwerking met de afdeling Pathologie van de V.U. Amsterdam (Paul van der Valk en Hans Niessen). De opleiding wordt deels modulair zodat ook studenten uit andere disciplines kunnen deelnemen. Een bijkomend gevolg hiervan is laagdrempelige samenwerking met de V.U. op het gebied van diagnostiek, naast de reeds bestaande contacten met externe consultants.

Beoogd wordt bij de V.U. een dependance te starten waar in samenwerking met het NFI onderwijs wordt gegeven in forensisch medische wetenschappen. Er worden door forensisch pathologen secties gedaan en er zal een onderzoeksgroep worden gevestigd voor het doen van forensisch pathologisch wetenschappelijk onderzoek. Het ligt in de lijn van de verwachting dat in de nabije toekomst een hoogleraar forensische pathologie wordt benoemd, die verder vorm en inhoud aan deze onderzoeksgroep en opleiding zal geven.

Tenslotte zal de toepassing van radiologische technieken ten behoeve van diagnostiek en documentatie naar verwachting worden uitgebreid op academisch regionaal niveau en in samenwerking met een nog op te richten werkgroep voor forensische radiologie.

Den Haag, 16 februari 2009

Per 1 januari 2006 zijn alle medisch specialisten voor hun herregistratie verplicht aan te tonen dat zij voldoende geaccrediteerde bij/nascholing hebben gevolgd gedurende de voorgaande vijf jaren. Dit geeft een ander gewicht aan het behalen en registreren van accreditatiepunten.

Om de logistiek van de accreditatie voor de verschillende wetenschappelijke verenigingen te stroomlijnen, heeft de KNMG het GAIA project opgezet (**G**emeen-schappelijk **A**ccreditatie **I**nternet **A**pplicatie). Het gaat om één applicatie ontwikkeld door de softwareleverancier Xaurum die zowel gebruikt kan worden door de Wetenschappelijke Verenigingen als door artsen (deelnemers aan nascholing), aanbieders van nascholing en de registratiecommissies.

Inmiddels hebben vrijwel alle wetenschappelijke verenigingen en accreditatiecommissies toegezegd aan het GAIA project deel te nemen. Zij vertegenwoordigen 97% van alle geregistreerde medische specialisten.

Het bestuur van de NVVP heeft besloten aan GAIA deel te nemen en de medisch technische nascholing door de eigen accreditatiecommissie te laten beoordelen welke een onderdeel is van de commissie Bij- en Nascholing en uitgevoerd wordt door ondergetekende.

De algemene nascholing wordt centraal beoordeeld door een inhoudelijk deskundig orgaan van de KNMG, het ABMS (Accreditatie Bureau Medisch Specialisten).

Ook Registratiecommissies hebben baat bij deze applicatie, omdat artsen voor hun herregistratie de behaalde accreditatiepunten voor bij- en nascholing digitaal en uniform bij de Registratiecommissies kunnen aanleveren.

De NVVP is per 1 januari 2007 overgaan op het GAIA systeem.



Het GAIA systeem valt onder te verdelen in 3 sectoren.

I: Aanbieden van cursussen

Dit betekent dat u vanaf 1 januari 2008 alleen nog maar accreditatieaanvragen, betrekking hebbende op BNR t.b.v. onze beroepsgroep, kan indienen via dit systeem. De NVVP hanteert de regel dat als er inschrijfgeld voor de cursus wordt gevraagd, de aanbieder, zodra de aanvraag wordt ontvangen, een factuur toegestuurd krijgt van de NVVP. Andere wetenschappelijke verenigingen hebben hun eigen regelingen. Als de aanvraag relevant is en de betaling is ontvangen, zal de aanvraag in behandeling worden genomen en heeft u binnen maximaal 6 weken een reactie.

De werkwijze voor het aanbieden van BNR is als volgt:

Allereerst moet er een account aangevraagd worden op de volgende site:

www.pe-online.org/edu/?taalid=7&orgid=19

Per afdeling of instituut is een account beschikbaar! Meestal wordt een secretaresse van een instituut verantwoordelijk gemaakt voor dit account.

Binnen één week worden de accountgegevens toegestuurd. Met behulp van dit account kan men op de bovengenoemde site inloggen om een BNR activiteit aan te bieden voor accreditatie.

De status van de aanvraag van de nascholing (herkenbaar door een uniek ID) kan in het systeem gevolgd worden evenals alle correspondentie over de door u ter accreditatie aangeboden nascholing. Wanneer het systeem een actie of bericht voor u hebt, ontvangt u automatisch een bericht per e-mail. Zo kunt u het proces gemakkelijk volgen.

Belangrijk is te melden dat accreditatie slechts een jaar geldig is. Ook voor repeterende BNR zoals panels etc. moet helaas elk jaar een nieuwe aanvraag ingediend worden.

2: Deelnemers van cursussen

In 2007 is het mogelijk om de registratie volledig elektronisch te laten lopen. Daarnaast bestaat er alleen voor dat jaar de gelegenheid om ook op de oude manier (nascholingsboekjes) de registratie op te sturen aan het secretariaat van de NVVP.

Vanaf 2008 komt het inleveren van de nascholingsboekjes te vervallen en is centrale registratie enkel nog mogelijk via GAIA. Overigens staat het de collegae vrij om van dit systeem gebruik te maken. Verplichte registratie via het GAIA is niet aan de orde. Men moet dan de registratie zelf bijhouden inclusief de schriftelijke bewijsstukken die de aanbieders van nascholing dienen uit te geven.

Een ieder heeft van de KNMG inloggegevens ontvangen (het bignummer en wachtwoord) om op de "persoonlijke dossier pagina" van de site te komen. Webadres: <https://www.pe-online.org/login/?css=98>.

Punten, die behoren bij BNR dat ter accreditatie via GAIA is aangeboden, worden automatisch bijgeschreven. De deelnemer krijgt hiervan per mail bericht.

Nascholing die niet via GAIA lopen, zoals alle buitenlandse BNR, kan de deelnemer zelf aan zijn of haar persoonlijke dossier toevoegen met behulp van een ingescande versie van het bewijs van deelname.

3: Registratiecommissie

Voor herregistratie kan men de MRSC machtigen om in het persoonlijke dossier de nascholing desgewenst te controleren.

Ter afsluiting heb ik nog een aantal vragen welke ik onlangs toegestuurd heb gekregen met daarbij de antwoorden.

- Vraag 1: Moet of mag een organisatie die een cursus organiseert, accreditatie via GAIA regelen?

Antwoord: Voor de NVVP is dat niet anders mogelijk.

- Vraag 2: Mag een patholoog zijn BNR gegevens op zijn eigen wijze vastleggen/ bijhouden? M.a.w. is GAIA registratie verplicht?

Antwoord: Nee, dit is niet verplicht. Denk wel aan de verplichte bewijsstukken van deelname.

- Vraag 3: Het feit dat er geen boekjes meer uitgegeven worden, betekent dat een patholoog zo'n boekje niet meer kan gebruiken, maar kan hij of zij zelf dan zomaar iets gebruiken daarvoor?

Antwoord: In principe wel, zie ook vraag 2

- Vraag 4: Hoe kan hij of zij bij een cursus die niet via GAIA gaat (zeg: vrijwel alle buitenlandse cursussen en vrijwel alle gespecialiseerde cursussen) nu erachter komen hoeveel accreditatie uren er opgegeven / bijgehouden moeten worden? Moeten ze dat aan commissie BNR vragen?

Antwoord: De uren (= punten) welke zusterverenigingen hebben toegekend, gelden ook voor ons, deze activiteiten kunnen handmatig aan het persoonlijke dossier worden toegevoegd.

- Vraag 5: Waar kan ik het overzicht zien van aangeboden nascholing?

Antwoord: In het persoonlijke dossier en op de website van de NVVP onder hoofdstuk Bij- en Nascholing / nascholingsagenda

Voor alle vragen betreffende GAIA kunt u terecht bij de coördinator van GAIA van de NVVP op het volgende email adres: jmeijer@alysis.nl

Jos Meijer, patholoog Arnhem

Promotie-onderzoek

Op 12 maart a.s. promoveert in het Leids Universitair Medisch Centrum de heer Rob de Lind van Wijngaarden. Rob is de eerste student uit het 'excellente studenten programma' van het LUMC die promoveert. Conform de opzet van dit programma heeft Rob zijn onderzoek grotendeels tijdens zijn studie gedaan. Daarnaast was hij ook bestuurlijk opvallend actief. Zo was hij o.a. voorzitter van MFLS en voorzitter van de Leidse Co-assistenten Raad, en lid van 20 verschillende commissies in het LUMC en landelijk, alle op het gebied van medisch onderwijs. Op dit moment is Rob lid van de landelijke commissie Herziening Raamplan die de eindtermen voor de Nederlandse artsopleiding opstelt.

Het artikel hieronder geeft een samenvatting weer van zijn onderzoek.

ANCA-associated glomerulonephritis

insights into etiology, pathogenesis, and prognosis (ISBN 978-90-7138-292-5)

Het lichaam tegen zichzelf

Als het afweersysteem van iemand ontspoord kunnen er antistoffen door het lichaam gemaakt worden die gericht zijn tegen lichaamseigen moleculen. Dit kan een ontstekingsreactie tot gevolg hebben. Een dergelijke ontsporing wordt ook aangetroffen in ANCA-geassocieerde vasculitis, ofwel een vaatontsteking waarbij anti-neutrofiel cytoplasma auto-antilichamen (ANCA) gericht zijn tegen lichaamseigen moleculen. Een voorbeeld hiervan is de ziekte van Wegener. Ontstekingsreacties in het kader van deze ziekte kunnen overall in het lichaam voorkomen, maar de nier is hierbij buitengewoon vaak aangedaan. De nierschade in het kader van een ANCA-geassocieerde vasculitis leidt over het algemeen tot ontsteking en littekenvorming van het filtreersysteem van de nier. Behandeling hiervoor komt neer op medicatie, tijdelijke of permanente nierdialyse, of niertransplantatie. Onbehandeld leidt vasculitis tot het falen van belangrijke organen met een fatale afloop. Met de behandeling van vasculitis gaan echter ook veel complicaties en een aanzienlijk overlijdensrisico gepaard. Daarom is een grote uitdaging in de praktijk een inzicht te krijgen welke patiënten goed op behandeling zullen reageren en welke niet.

Unieke studies door internationale samenwerking

Met 15 tot 30 nieuwe patiënten per miljoen mensen per jaar behoort ANCA-geassocieerde vasculitis tot een weinig voorkomende ziekte. Om echter de beste behandeling voor een bepaalde groep patiënten uit te zoeken, heeft men grote aantallen patiënten nodig. Hierom is op internationaal niveau de Europese vasculitis studie (EUVAS) groep geïnitieerd die aan deze behoefte kan voldoen.

Nieuwe inzichten

Promovendus drs. Rob de Lind van Wijngaarden beschouwt in zijn proefschrift verschillende factoren die een rol spelen bij het ontstaan van ANCA-antistoffen in patiënten met ANCA-geassocieerde vasculitis. Tevens gaat hij, aan de hand van onderzoeken van de EUVAS groep, in op de vraag welke factoren binnen diverse groepen van patiënten met ANCA-geassocieerde vasculitis belangrijk zijn voor een betere uitkomst op termijn. De promovendus beschrijft in zijn proefschrift dat bepaalde afwijkingen in het nierbiopt zowel voor de uitkomst na 1 jaar als voor lange termijn uitkomst na 5 jaar bepalend zijn. Uit een ander onderzoek dat in zijn proefschrift is opgenomen, blijkt dat keel-, neus-, en oorproblematiek als gevolg van vasculitis een relatief gunstige factor is, aangezien dan de nierschade in een minder vergevorderd stadium ontdekt kan worden.

Samenvattend tracht de Lind van Wijngaarden in zijn proefschrift een beter inzicht te geven in de verschillende prognoses van verschillende patiëntengroepen en de invloed hierop van het klinisch beeld en het nierbiopt van de individuele patiënt. Hij verdedigt op 12 maart 2009 zijn proefschrift. Zijn promotor is prof.dr. J.A. Bruijn, patholoog.

De perinatale sterfte in Nederland daalt nog steeds. Maar de publicatie van het rapport van PERISTAT, een grote Europese studie waarbij perinatale sterfte in diverse Europese landen werd bestudeerd, laat zien dat de daling van de perinatale sterfte in Nederland achterbleef ten opzichte van de ons omringende landen.

In 1999 bleek de perinatale sterfte in Nederland binnen de EU-15 het hoogste te zijn¹. Voor de tweede Peristat-studie, vijf jaar later, hebben de EU-25 plus Noorwegen gegevens verzameld uit het peiljaar 2004. In dat jaar was de sterfte in Nederland gedaald ten opzichte van de vorige periode. De daling in andere landen was echter sterker². Dit verschil is deels verklaarbaar door verschillen in het voorkomen van risicofactoren zoals etniciteit, leeftijd van de moeder of het aantal meerlingen³, maar deze verklaren onvoldoende het verschil⁴. Daarom worden verschillende initiatieven ontplooid, waaronder de landelijke invoering van perinatale audit⁵.

Perinatale audit is een instrument om de kwaliteit van de zorg systematisch te onderzoeken en te verbeteren. Ervaringen elders in Europa (o.a. in de Scandinavische landen) laten zien dat dit doel haalbaar is. Samenwerking is aantoonbaar verbeterd.

In 2005 is het rapport verschenen over de haalbaarheid van een in Nederland in te voeren landelijke perinatale audit (de Landelijke Perinatale Audit Studie - CVZ, 2005). Hieruit bleek dat de audit haalbaar is, maar ook dat er tekortkomingen zijn in de registratie van perinatale sterfte, de doodsoorzaken en belangrijke risicofactoren. In 2007 kwam er een toezegging van VWS dat er geld vrijgemaakt zou worden voor het oprichten van een Landelijk Bureau Perinatale Audit (LBPA)⁶. In hetzelfde jaar werd in de noordelijke drie provincies gestart met het door het ZonMw gefinancierde project IMPACT ("Implementation of structural

feedback by means of Perinatal Audit to Caregivers in cases of perinatal mortality in the northern region of the Netherlands") waarbij lokaal in 15 centra op een gestructureerde manier het zorgproces rond de zwangerschap en geboorte wordt geëvalueerd met als primair doel het verbeteren van de kwaliteit van de perinatale zorg⁷.

Landelijke invoering van perinatale audit

In 2008 is het Landelijk Bureau perinatale Audit van start gegaan⁸. Tot 2010 valt het Landelijke Bureau Perinatale Audit onder het RIVM / VWS waarna het in 2010 over zal gaan in een op te richten stichting PAN (stichting Perinatale Audit Nederland) met vertegenwoordigers van de diverse beroepsgroepen (LHV, KNOV, NVOG, NVK en NVVP).

De audit van perinatale sterfte bestaat uit verschillende systematische stappen waarbij gegevens uit de geleverde zorg verzameld worden tot een chronologisch verslag. Als onderdeel van de audit wordt ook de doodsoorzaak geclassificeerd. Daarna wordt bepaald of er sprake was van substandaardfactoren in het zorgproces. Zo ja, dan wordt beoordeeld of het wel of niet waarschijnlijk is dat deze hebben bijgedragen aan de sterfte en of er aanpassingen aan protocollen of richtlijnen nodig zijn om deze sterfte te voorkomen.

De doodsoorzakenclassificatie is gebaseerd op drie verschillende classificatie systemen waarbij elk systeem een eigen vraagstelling heeft:

1. **Wat** zijn de klinische beelden waaronder de sterfte is opgetreden?⁹
2. **Wanneer** is de sterfte opgetreden?¹⁰
3. **Waarom** is de sterfte opgetreden?¹¹

De inbreng van de pathologen voor deze classificatiesystemen is essentieel.

Voor de landelijke aanpak is gekozen voor een systeem met drie pijlers:

- lokale audit binnen perinatale samenwerkingsverbanden
- regionale audit
- landelijke audit.

Om zorgverleners te ondersteunen bij de uitvoering van de lokale audit komen er 10 regioteams, uitgaande van de 10 perinatologische centra in Nederland (AMC, VUMC, LUMC, Erasmus MC, UMC Utrecht, MMC Veldhoven, UMC St. Radboud, Isalaklinieken Zwolle en UMC Groningen). Per centrum horen 5-17 samenwerkende ziekenhuizen. Het regioteam bestaat uit twee verloskundigen (eerste en tweede lijn), een huisarts, twee gynaecologen (tweede en derde lijn), twee kinderartsen (tweede en derde lijn) en een patholoog. In elk ziekenhuis rondom een perinatologisch centrum worden lokaal één of meerdere keren per jaar alle perinatale sterftes van dat ziekenhuis besproken vanaf een zwangerschapsduur van 22 weken tot 4 weken na geboorte.

Aanvullend organiseert het regioteam twee keer per jaar een regionale audit waarbij enkele casus uit de regio met bijvoorbeeld een terugkerend thema worden besproken. Jaarlijks zijn maximaal twee keer twee leden van het regioteam aanwezig bij een lokale audit om het auditproces te stimuleren en te begeleiden. Het voordeel van een lokale audit is dat de resultaten direct naar de zorgverleners teruggekoppeld kunnen worden.

¹ Buitendijk & Nijhuis, 2004

² Mohangoo et al, 2008

³ Ravelli et al, 2008

⁴ Achterberg en Waelpuut 2007

⁵ Merkus, 2008

⁶ Leeman et al, 2007

⁷ Van Diem et al, 2008

⁸ Waelpuut et al, 2008

⁹ Chan et al, 2004; Gardosi et al, 2005

¹⁰ Wigglesworth, 1994; Hey et al, 1986

Wat betekent dit voor pathologen?

Uit ervaringen met de IMPACT studie in Groningen en ervaringen in Utrecht is gebleken dat deze doodsoorzakenclassificatie het beste gedaan kan worden in een kleine groep deskundigen waarbij de patholoog een belangrijke inbreng heeft voor interpretatie van de bevindingen van het onderzoek van de placenta en de obductie. Dit kan de lokale patholoog zijn of de patholoog uit het regioteam. Deze doodsoorzakenclassificatie kan het beste vóór de audit bijeenkomst uitgevoerd worden.

In samenwerking met het bestuur van de WKPLL (Werkgroep Kinder Pathologie der Lage

Landen) en PALGA worden protocollen ontwikkeld voor onderzoek van placenta en obductie die geïmplementeerd kunnen worden binnen PALGA en te vergelijken zijn met de reeds ontwikkelde protocollen voor mamma- en coloncarcinoom.

Binnen de landelijke aanpak ontwikkelt een commissie voor de doodsoorzakenclassificatie in nauwe samenwerking met de WKPLL gestandaardiseerde aanvraagformulieren voor onderzoek van placenta en obductie, waardoor in combinatie met de protocollen voor placenta en obductie het classificeren vereenvoudigd wordt.

Door de LBPA en de WKPLL zal op 17 en 18 december 2009 een

nascholing worden georganiseerd over het onderzoek van placenta en foetus bij perinatale sterfte en over het classificeren van de perinatale sterfte met behulp van de drie classificatiesystemen.

Meer informatie over perinatale sterfte en audit:

Over sterfte rond de geboorte: http://www.rivm.nl/vtv/object_clas/kom_sterftegeboorte.html
Over audit: www.periantaleaudit.nl (vanaf 2 maart 2009)

Peter Nikkels
voorzitter WKPLL en vertegenwoordiger van de NVVP in de LBPA, mede namens de andere leden van LBPA

Best doctors???

Als laboratorium in het zuiden van het land worden wij nogal eens geconfronteerd met bovenstaand fenomeen. Een zorgverzekeraar (CZ) in onze regio meent het volgende:

“ Als CZ-verzekerde kunt u een second opinion aanvragen bij een van de beste specialisten ter wereld (Best Doctors). Best Doctors is een organisatie die beschikt over een internationaal bestand van medische top-specialisten. Deze specialisten worden door hun vakgenoten beschouwd als de besten op hun vakgebied.”

Waar deze deskundigheid op gebaseerd is, kon niet duidelijk worden gemaakt. De NVVP speelt hier zeker geen rol in. Deze rol heb ik natuurlijk aangeboden.

Daarnaast doen ze nog meer interessante uitspraken:

In 26% van de gevallen werd door Best Doctors de eerder gestelde diagnose aangepast.

In 50% van de gevallen werd een afwijkend behandelplan voor-gesteld.

Inmiddels maakten 962 CZ-verzekerden van deze unieke dienst gebruik.

Omdat bij ons meerdere malen materiaal opgevraagd werden en er problemen ontstonden tussen best doctors (een commerciële organisatie) en ons ziekenhuis betreffende de betaling van de gevraagde diensten (opvragen verslagen blokjes en coupes !!), hebben wij aangedrongen op een gesprek met de zorgverzekeraar.

Hier werd ons omstandig uitgelegd dat het een service is van de verzekeraar om, in mijn ogen, goede sier te maken bij hun klanten. Van de ruim 1000 verzoeken gingen er minder dan 50 over kanker (lees: pathologie). Dit zette het geheel in een wat beter kader. Ik heb toch getracht uit te leggen dat darmcoupes en verslagen opsturen naar "Boston" waarvan een summier engels verslag terugkomt, eerder schade en onduidelijkheid veroorzaakt dan een positieve spin-off. Met name therapie adviezen die in Nederland zeker anders zullen zijn dan in Amerika, geeft alleen maar aanleiding tot verwarring!

Dat was natuurlijk te medisch voor de heren verzekeraars die mij verzekerden dat ze alles nauwkeurig evalueerden en dat er ook een projectgroep met deskundigen zou worden geformeerd. Hiervoor heb ik me spontaan aangemeld en tot nu toe, een half jaar later, nog niets vernomen.

Ps. Een deel van de consternatie werd waarschijnlijk veroorzaakt door de rekening die "best doctors" van ons kreeg. Het opzoeken, registreren, administreren, vervaardigen van coupes en aangetekend zenden naar een laboratorium in de USA kost toch snel €1100,-. Best doctors wilde liever onze onderlinge verrekening hanteren. Na het gesprek met de zorgverzekeraar is alles betaald. Hierna hebben we ook geen verzoek meer binnen gekregen.

Hans van der Linden
Patholoog in Den Bosch

De beste dokters zitten in Nederland

Tijdens mijn studie geneeskunde in Rotterdam raakte ik bevriend met een patholoog uit Delft. Bij dat vak kon ik me vrijwel niets voorstellen. Hij nodigde me uit om een kijkje te nemen in zijn lab. Ik ben toen een onderzoek bij hem gaan doen naar borstkanker en raakte gaandeweg steeds meer enthousiast. Het mondde erin uit dat ik na mijn doctoraal examen eerst een promotie-onderzoek pathologie ben gaan doen en daarna pas mijn co-schappen ben gaan lopen. Zo'n carrièrepad komt vrij weinig voor.



Microscopie

Pathologie betekent letterlijk ziektekunde. Pathos = ziekte. Logos = leer. Het vak is een van de basisvakken in de studie geneeskunde. Tijdens de studie leer je de meest basale processen van de pathologie zoals bijvoorbeeld ontstekingen en tumoren. Elk ziektebeeld kent zijn eigen patroon. Als patholoog heb ik geleerd ziektebeelden te herkennen door hoe ze zich presenteren onder de microscoop. Daardoor kan ik bijvoorbeeld een dermatoloog helpen bij de diagnosestelling van huidziekten.

Onderzoek

Delft had een zeer goed aangeschreven laboratorium, waarvan veel pathologen later professor werden aan de VU in Amsterdam. Zodoende heb ik een deel van de opleiding in Delft gedaan, en een deel in Amsterdam. Toen ik klaar was, heb ik nog tien jaar als patholoog bij de VU gewerkt. Bij de ontwikkeling van bijvoorbeeld

nieuwe medicijnen is de reactie van bepaalde stoffen op tumorcellen van belang. Daarom participeren pathologen veel in dit soort onderzoek. Bij de VU werkten zo'n 250 mensen bij de afdeling pathologie, waarvan er zich 150 bezighielden met onderzoek.

Erfelijkheid

Ongeveer tien jaar geleden ben ik naar Den Bosch gekomen. Sinds 1947 zit hier een pathologisch laboratorium dat voor een grote regio werkt. Wij werken ook voor Ziekenhuis Bernhoven en alle huisartsen in onze regio. Al die tijd is al het onderzoeksmateriaal bewaard, zodat we het nu kunnen inzetten voor erfelijkheids-onderzoek. Als er aanwijzingen zijn voor een erfelijke vorm van borstkanker of dikkedarm kanker kan weefsel van familieleden, als die ooit hier behandeld zijn, worden opgezocht in de archieven van ons laboratorium. Het gaat dan naar bijvoorbeeld Nijmegen voor verder klinisch genetisch onderzoek.

Therapie gestuurd

De ziekte is hetzelfde gebleven, maar de diagnosestelling en behandeling zijn enorm verfijnd. Zo kunnen we tegenwoordig veel beter bepalen hoe groot de tumor is en waar die wel of niet gevoelig voor is. Tegenwoordig kijken we eerst of de cellen gevoelig zijn voor een bepaald medicament, voordat het wordt voorgeschreven. De zogenaamde therapie gestuurde diagnostiek is in opmars. Samen met het Anthonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis (AVL) doen we bijvoorbeeld mee aan een Mindact-studie. Geselecteerd tumorweefsel wordt ingevroren en wekelijks naar het AVL gezonden. Daar ondergaat het materiaal een test om te bekijken of het een hoog of laag risicoprofiel heeft. Op basis daarvan wordt wel of niet besloten tot chemotherapie. De studie is erop gericht om te kijken of de methode werkt. Zo ja, dan schaffen we ook zelf zo'n machine aan.

Best doctors

Het gezondheidszorgstelsel verschilt van land tot land. In Nederland hebben we een systeem waarbij we samenwerken in ziekenhuizen en terughoudend zijn met het verstrekken van antibiotica en andere medicijnen. In het buitenland heb je veel meer privé-klinieken en werken artsen veel

minder samen. Hier werken we volgens 'evidence based' protocollen. Dat wil zeggen dat de behandeling niet afhangt van de mening van één arts, maar gestoeld is op degelijk wetenschappelijk onderzoek. Daarom ben ik ook fel gekant tegen initiatieven als 'Best Doctors', waarbij een second opinion kan worden gevraagd bij een Amerikaanse arts. Zo'n arts komt vaak met een advies dat helemaal niet past in ons systeem en voor veel verwarring zorgt bij de patiënt. Een dergelijk initiatief gaat helemaal voorbij aan de kennis die in Nederland zelf zit. Zo hebben wij elke maand een expert-overleg van pathologen uit Zuid-Nederland, waarbij we kosteloos zeldzame gevallen bespreken en samen tot de beste aanpak komen.

Politiekazerne

In mijn vak heb je veel overleg met artsen en ook in mijn vrije tijd vergader ik veel. Twee avonden per week zit ik in Utrecht in het Domus Medica, het hoofdgebouw van de KNMG, als voorzitter van de Nederlandse Vereniging Voor Pathologie. Daarbij gaat van alles over tafel dat met de kwaliteit van het vak te maken heeft. Als ik echt vrij ben, hou ik veel van reizen, koken en tuinieren. We wonen in een oude politiekazerne met een grote tuin. Daarin heb ik onder andere asperges en andere groenten staan. Onze drie kinderen zijn de deur al uit, maar we hebben besloten daar toch lekker te blijven wonen.

Geheel

Toen ik hier kwam werken, bestond het Jeroen Bosch Ziekenhuis nog niet. We werkten voor verschillende ziekenhuizen, waartussen onderling behoorlijk wat wrijving bestond. Vanuit het laboratorium keken wij daar altijd wat vreemd tegenaan, omdat wij al heel lang gewend zijn te werken voor een grote regio. Nu zijn we officieel één geheel, maar zolang we nog in verschillende gebouwen zitten, blijft dat schilletje heel dun. Ik zal blij zijn als we in één gebouw zitten en we echt naar één geheel toe kunnen groeien.

Opgetekend door [Celia Noordegraaf](#), clustermanager Marketing & Communicatie.

Zoals een ieder weet, is de instantie die zorg draagt voor de kwaliteitsrondzendingen voor onze vereniging de SKKP. Zij doet dat inmiddels zo'n tien jaar op een voor de meeste mensen vertrouwde wijze. Van het begin af aan was er een onafhankelijk voorzitter, om niet de indruk te wekken dat de kwaliteitszorg helemaal in een pathologisch onderonsje geregeld werd. Die voorzitter was Wim Huisman, klinisch chemicus uit het Medisch Centrum Haaglanden. Hij heeft dat vol verve gedaan. Daarnaast mogen de twee coördinatoren, Ingrid Seifert en Ilonka Stuij, ook niet onvermeld blijven. Zij hebben al die jaren de rondzendingen, beoordelingen en besprekingen georganiseerd. Ondanks wat gemopper zijn bijna alle laboratoria deelnemer geworden en gebleven. Dat gemopper heeft de SKKP zich overigens wel degelijk aangetrokken en er zijn telkens aanpassingen geweest om de situatie te verbeteren. Dat kan nog verder worden doorgevoerd, maar eerst iets over de grote verandering, de overgang naar de SKML.

SKKP



De SKML is een landelijke organisatie die voor op één na alle laboratoriumvakken kwaliteitszorg behartigt, vooral middels het doen van rondzendingen. Die ene was, u raadt het al, de pathologie. Gedeeltelijk was dat, omdat de systematiek van de SKML zich niet helemaal direct leende voor de soort van rondzendingen van de pathologie, die altijd een beoordeling nodig maakt, een beoordeling die een histologisch beeld omzet in een waarde. Een ander punt was van meer financiële aard, maar het bleef toch heel aantrekkelijk voor de SKKP om zich aan te sluiten bij die landelijke organisatie; dan verkeer je onder je (min of meer) gelijken, de grootte van de organisatie zou handjeklap en vriendjespolitiek minder waarschijnlijk maken, het zou aantrekkelijker kunnen zijn om een aantal dingen gezamenlijk in te kopen, een gemeenschappelijk secretariaat zou kosten verder omlaag kunnen brengen, en zo meer. Met het aanstaande vertrek van Wim Huisman en de oplossing van een dreigend BTW-probleem, leek een hernieuwde poging tot aansluiting bij de SKML de moeite waard. En om een lang verhaal kort te maken, dat is eind vorig jaar besloten.

Veel verandert er niet voor de deelnemers, alleen het postpapier en de adressen zijn veranderd. De organisatie van de rondzendingen gaat nog steeds op de vertrouwde manier. Wel is een van de coördinatoren vertrokken, te weten Ingrid, maar met de ondersteuning van het SKML bureau denken we dat Ilonka de taak in haar eentje wel aan kan. De faciliteiten die de SKML op het gebied van websitebeheer biedt, maakt het interessant om verdere verbeteringen aan te brengen in de manier waarop de SKKP met de deelnemers communiceert. We gaan hard werken aan een format dat sneller gegevens beschikbaar maakt en ook beter duidelijk hoopt te maken waarom beoordelingen uitvallen, zoals ze uitvallen. Er zijn regelmatig laboratoria, die een minder optimaal resultaat hebben terwijl ze naar hun eigen gevoel goed gepresteerd hebben. Bij de beoordeling is echter het hele scala gezien, van super tot onvoldoende, maar dat hebben de individuele deelnemers natuurlijk niet onder ogen gehad. De nieuwe website zou hierin kunnen voorzien, door de beste en de slechtste resultaten te laten zien (anoniem natuurlijk), zodat het scala voor de deelnemers wat inzichtelijker wordt.

Wij van de SKKP, die nu eigenlijk omgedoopt is in "sectie Pathologie van de SKML" denken dat de overgang een vooruitgang zal blijken en we gaan hard werken aan continuering van ons programma en verdere verbetering ervan.

Het nieuwe bestuur kan nog wel een bestuurslid gebruiken, vooral een met interesse en feeling voor de cytologie. Vooralsnog bestaat het bestuur nu uit Paul van der Valk (uit Amsterdam, voorzitter), Matthieu van Moorst (uit Alkmaar, de secretaris), Konnie Hebeda (uit Nijmegen, penningmeester) en we hopen dat Ella de Boed (uit Tilburg) zich zal laten overhalen om zich bij ons te voegen.

Laten we eindigen met de hoop uit te spreken dat de pathologen zich in wat grotere getale zouden willen interesseren voor de nieuwe sectie. Hoewel het nooit een probleem is om pathologen te vinden om een rondzending te helpen organiseren, zou het mooi zijn als er van die kant meer belangstelling is op de dagen waarop de resultaten van de rondzendingen besproken worden. Kwaliteit is niet iets dat je uit een postordercatalogus bestelt en dan ergens neerzet ter bewondering, het is een eigenschap die bevochten en gekoesterd moet worden. Essentieel voor onze beroepsvoering.

Graag tot ziens op een van de rondzendingsbesprekingen.

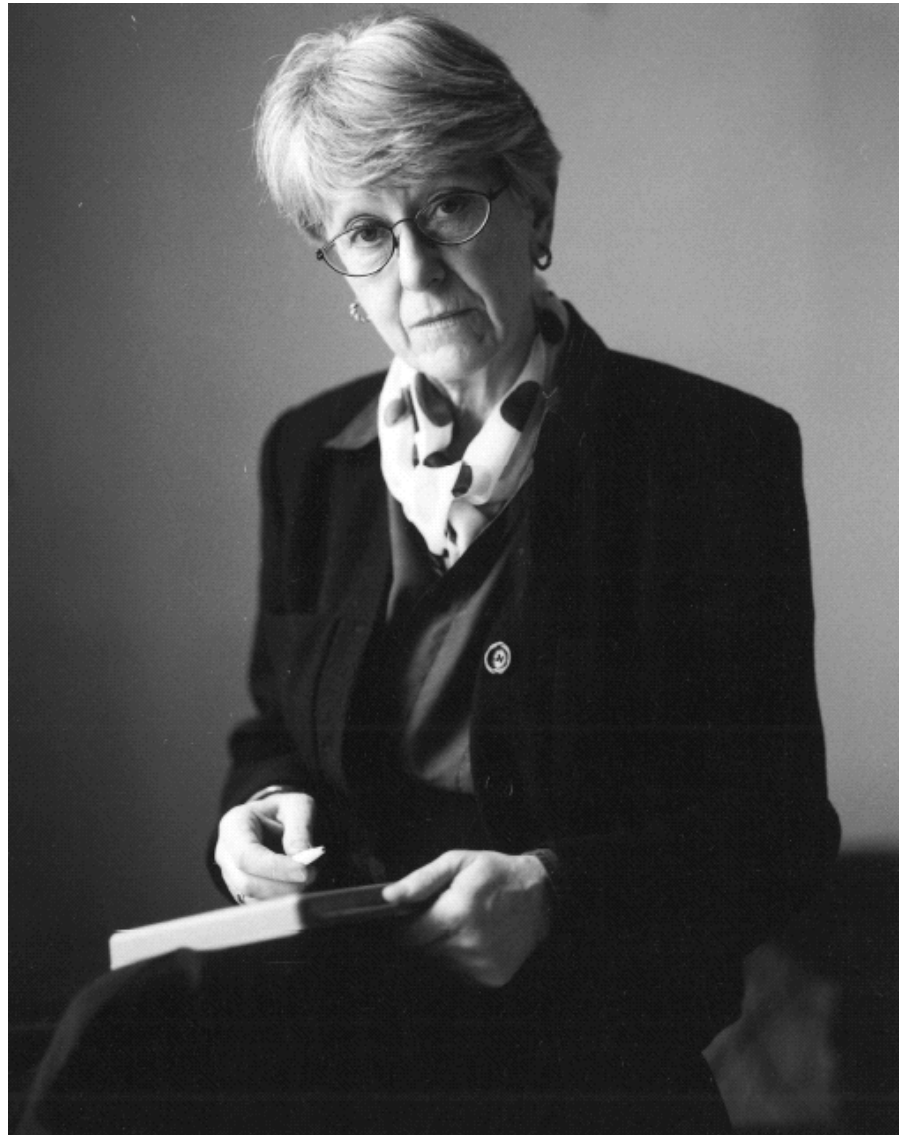
Het bestuur van de sectie Pathologie van de SKML

In memoriam: prof. dr. Thea M. Vroom (1929 - 2009)

Op 4 februari 2009 overleed, na een kortstondig ziekbed, op 79-jarige leeftijd, Thea M. Vroom, o.a. oud hoogleraar Pathologie aan het UMC Utrecht. Zij werd in 1929 geboren in Den Helder als dochter van een huisarts. Zo ontstond er bij haar al op jonge leeftijd interesse voor de geneeskunde en ging ze deze studie volgen aan de Universiteit van Amsterdam. Tijdens haar studententijd ontpopte ze zich als een techneut die alle technische klusjes in het studentenhuis, hoe gecompliceerd, wist op te lossen. Het was dan ook niet verwonderlijk dat haar belangstelling in eerste instantie uitging naar de chirurgie. Ze moest die ambitie echter laten varen gezien de toen heersende mannenvisie over de positie vrouwen in dat beroep. Ze was toen al een ambitieuze vrouw die voor het eerst hard opliep tegen de discriminatie waar vrouwen in die tijd mee te maken kregen. Dat zou niet de laatste keer zijn.

Gelukkig heeft ieder nadeel zijn voordeel, want ze koos er vervolgens voor om patholoog anatoom (later zou ze de naam klinisch patholoog omarmen) te worden, een specialisme dat haar op het lijf geschreven zou blijken te zijn. Ze volgde de opleiding in het Amsterdamse Wilhelmina Gasthuis bij Professor Deelman en bleek al snel zeer talentvol. Na haar opleiding, begin jaren '60 ging ze werken op het toenmalige Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusie Dienst (CLB) te Amsterdam, waar ze hoofd werd van een pathologie-afdeling waar ze zich bezig hield met histochemie, immunofluorescentie en electronenmicroscopie. Het was in de tijd van grote bloei van het CLB, met bijna ongelimiteerde mogelijkheden onder de leiding van prof. Van Lochem.

Vanaf het begin van haar carrière heeft ze een grote belangstelling getoond voor de pathologie van de immunologische organen en voor de ziektes van het immuunsysteem waaronder in het bijzonder de auto-immuunziekten. Haar onderzoek was ingebed in een breed gedragen onderzoekslijn auto-immuniteit en was weten-



schappelijk zeer productief. Haar eerste publicatie in 1965 had dan ook als titel: "*Antibodies against the various types of skeletal muscle fibres*". Later zouden er nog 120 andere artikelen volgen die nagenoeg allemaal betrekking hadden op gerelateerde onderwerpen. In 1973 promoveerde ze bij prof. dr. J.J. van Loghem en prof. dr. A. Arends, de toenmalige hoogleraar pathologie in Groningen, op een proefschrift getiteld: "*Studies on the immunopathology of renal disease*". Zo ontwikkelde zij zich tot de meest vooraanstaande immunopatholoog van ons land.

In de tachtiger jaren verschoof de belangstelling van het CLB meer naar de cellulaire immuniteit en werd de afdeling pathologie opgeheven. Ze verruilde haar

baan bij het CLB voor die van patholoog bij het aangrenzende Slotervaart Ziekenhuis en later voor dezelfde functie bij de Daniel den Hoed Kliniek in Rotterdam. Ook in deze periode van haar leven liet ze het onderzoek niet los en bleef ze publiceren binnen het gebied dat altijd haar interesse bleef houden. Een ordinariaat, dat de meeste mannen met een vergelijkbaar CV waarschijnlijk al lang gehad zouden hebben, zat er tot dan niet in.

In 1991 werd ze, 3 jaar voor haar pensioen, op basis van haar vele verdiensten benoemd tot hoogleraar Immunopathologie te Utrecht. Ze werd hiermee de eerste vrouwelijke hoogleraar Pathologie in Nederland. In de korte periode van haar hoogleraarschap heeft ze de basis gelegd voor 31 publicaties,

waarvan een groot deel na haar pensionering is gepubliceerd. De laatste nog in 2004 toen ze 75 jaar oud was. De titel daarvan? : *“Expression of Ro/SS-A and La/SS-B determined by immunohistochemistry in healthy, inflamed and autoimmune diseased human tissues: a generalized phenomenon”*. Voor de afdeling Pathologie van het UMC Utrecht heeft ze in de korte periode dat ze daar werkte, veel betekend.

Behalve wetenschappelijk heeft professor Vroom haar sporen ook verdiend als bestuurder. Zo was ze lange tijd 2^e secretaris van de voormalige Ziektekundige Vereniging. Vervolgens heeft ze vele jaren in het bestuur van de Nederlandse Vereniging Voor Pathologie gezeten en was

daarvan eind jaren tachtig gedurende 3 jaar (de eerste vrouwelijke) voorzitter. Ze beschouwde dit voorzitterschap als een erkenning van haar verdiensten voor de Nederlandse pathologie. Daarnaast was ze sinds 1981 een zeer betrokken en actief lid van de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Zij was daar niet alleen gedurende zes jaar redacteur (1981-1986), maar had ook van 1996 tot en met 2001 zitting in het bestuur, waaronder drie jaar als ondervoorzitter en één jaar als voorzitter.

Ze was een erudiet en sterk persoon met grote algemene belangstelling en een goede wetenschapper en patholoog, die van zichzelf en anderen het uiterste vergde. Het was niet altijd

gemakkelijk om haar te overtuigen van het feit dat andere visies dan de hare ook aan oplossingen van problemen konden bijdragen en dat maakte het werken met haar tot een grote uitdaging. Blijven haar veelzijdigheid, tomeloze inzet, doorzettingsvermogen en haar schaterlach die allen die haar kenden, zich altijd zullen blijven herinneren.

Utrecht, februari 2009

Jan G. van den Tweel

Casus Verbalis

De oplossing van de vorige keer was een cytologische diagnose op een uitstrijkje: Herpes infectie. Ik weet niet of mensen het goed hadden, want ik heb niets gehoord, maar misschien was-ie een beetje lastig. Of misschien was-ie zo makkelijk...Enfin, deze keer weer een histologische.

“...In een structuur die zich het beste laat omschrijven als een opgezwollen boon is een verzameling van balletjes te zien. De balletjes zijn ongeveer even groot en lijken bij nadere beschouwing opgebouwd te zijn uit heel veel kleinere balletjes, die echter niet rond of ovaal zijn maar meer grillig gevormd, en overwegend klein. Opvallend is hoe homogeen de wat grotere balletjes ogen, ondanks de onderlinge verschillen tussen de kleinere balletjes, die ze bevatten. Tussen de kleinere balletjes lopen dunne sprietjes, die zich verenigen tot een complexe grotere structuur, maar er moet bij gezegd worden dat die structuur op de gangbare wijze eigenlijk niet zichtbaar is....”

Gaarne een VOLLEDIGE diagnose en misschien ook het oorzakelijke moment voor het ontstaan van deze afwijking. Mail: p.vandervalk@vumc.nl.

Openstaande vacatures

De volgende openstaande vacatures zijn bekend bij de NVVP:

- Stichting PALGA is op zoek naar een nieuw bestuurslid.
- De Alysis Zorggroep zoekt een fulltime klinisch patholoog.
- Het Diaconessenhuis in Utrecht is op zoek naar een 0,6 - 1,0 fte klinisch patholoog.

Voor meer informatie over deze vacatures kunt u terecht op de website van de NVVP, www.pathology.nl. Hier kunt u ook lezen hoe u zelf een vacature kunt plaatsen.

Agenda

| | |
|---------------------------|--|
| 7-13 maart 2009 | United States and Canadian Academy of Pathology Annual meeting, Boston, MA, USA |
| 28 maart 2009 | Uropathologiedag Belgische Vereniging voor Pathologische Anatomie, Luik, België |
| 4 april 2009 | Voorjaarscongres VAP, Ermelo |
| 16-18 april 2009 | Molecular Pathology on Colon Cancer, Medical University of Graz, Graz, Oostenrijk |
| 22 april 2009 | Van Ziekenhuis naar Zorg, de rol van de professional in kwaliteit, LUMC, Leiden |
| 23-24 april 2009 | Nederlandse Pathologendagen, Zeist |
| 24 april 2009 | Huishoudelijke vergadering Koepel NVVP |
| 24-25 april 2009 | Cytologie aan Zee, Castricum aan Zee |
| 7-9 mei 2009 | 9th International Course on bone marrow pathology, Geneve, Zwitserland |
| 29 mei 2009 | Congres "Medische aansprakelijkheid", Erasmus MC, Rotterdam |
| 13 juni 2009 | AIOS dag, Domus Medica, Utrecht |
| 16 en 17 juni 2009 | Vilde Bossche Mamma Congres, Kasteel Maurick, Vught |
| 19 juni 2009 | Federa Wetenschappelijke dag:" Veroudering, ziekte en zorg: nieuwe kennis, nieuwe kansen", LUMC, Leiden |
| 22-26 juni 2009 | Diagnostic Pathology Course (Harvard staf), Riva del Garda, Italië |
| 11-17 juli 2009 | USCAP Pathology course, Sheraton on the Falls, Niagara Falls, Canada |

(Vervolg op pagina 18)

| | |
|-------------------------------|---|
| 26-28 augustus 2009 | Diagnostic Breast Pathology, Medical University of Graz, Graz, Oostenrijk |
| 3-4 september 2009 | Cursus Praktische Nefropathologie, LUMC Leiden |
| 4-9 september 2009 | 22nd European Congress of Pathology, Florence, Italië |
| 15-18 september 2009 | Europees congres van Toxicologisch pathologen, Kurhaus, Scheveningen |
| 27-30 september 2009 | 35th European Congress of Cytology 2009, Lisboa, Portugal |
| 30 sept. - 2 okt. 2009 | Diagnostic Gynecologic pathology, Medical University of Graz, Graz, Oostenrijk |
| 8-9 oktober 2009 | Workshop Gastro-intestinale Pathologie, Maastricht |
| 8-9 oktober 2009 | Workshop Weke Delen Pathologie, Maastricht |
| 22-23 oktober 2009 | European Meeting on Molecular Diagnostics, Scheveningen |
| 19-20 november 2009 | Oncologiedagen 2009 voor Nederland en Vlaanderen |
| 28-30 maart 2010 | European Multidisciplinary Colorectal Cancer Congress 2010, Nice, Frankrijk |

Uitgebreide informatie omtrent een agendapunt kunt u vinden op de website van de vereniging, www.pathology.nl.

Ontbreken evenementen, meldt u dit dan bij het secretariaat: secretariaat@pathology.nl.

**Kopij voor het volgende
nummer kunt u inleveren
vòòr 31 mei 2009.**

Colofon

NVVP Bulletin

Orgaan van de Nederlandse Vereniging Voor Pathologie

Correspondentie-adres

Secretariaat NVVP
Postbus 8003
3503 RA UTRECHT
secretariaat@pathology.nl

Redactie Bulletin

P. van der Valk, email: P.vandervalk@vumc.nl

Websitecommissie

J. E. Boers, G.F.H. Diercks, N. Bulkman
Website: www.pathology.nl

Lay out: Cantrijn

Oplage

605 exemplaren

Advertenties

Voor advertenties is telefonisch overleg met de redactie noodzakelijk.

Kopij

Insturen via correspondentie-adres. Aanleveren gebeurt via email. Elke auteur is verantwoordelijk voor zijn/haar bijdrage. Hetzelfde geldt voor inlichtingen door derden verstrekt.

Secretariaat NVVP

Postbus 8003
3503 RA UTRECHT

Ledenadministratie

Secretariaat NVVP
Postbus 8003
3503 RA UTRECHT

KoepelBestuur

Dr. J.C. van der Linden, voorzitter
Drs. J.L.G. Blaauwgeers
Dr. F.J. van Kemenade
Dr. R. A. Woutersen
Prof. dr. W.J. Mooi
Dr. R.M.W. de Waal

Bestuur NVVP

Dr. J.C. van der Linden, voorzitter
Dr. F.J. van Kemenade, secretaris
Dr. J.L.G. Blaauwgeers, penningmeester
Dr. T.E.G. Ruijter
Dr. J.J. Oudejans
Drs. S.M. Willems
Prof.dr. M.J.A.P. Daemen
Dr. G.J.L.H. van Leenders, meeting secretaris

Contributie

De contributie voor het lidmaatschap van de vereniging bedraagt voor 2009 voor klinisch pathologen: gewone leden € 300,-; arts-assistenten/AIO/AGNIO € 75,-; oud-leden € 25,-; buitengewone/buitenlandse leden € 100,-. Voor de sectie experimentele pathobiologie en de sectie dierpathologie wordt de contributie op de volgende Koepelvergadering vastgesteld.