



### Van de voorzitter

Aart van Rheineck Leyssius

#### Brand in de operatiekamer, veiligheid, vrij ondernemerschap, het kalf en de put

*Sinds een paar jaar fiets ik de 18 kilometer naar mijn werk. Zomer en winter. Het heeft veel voordelen: je conditie blijft op peil met een minimum aan tijd. Met de auto duurt de tocht 25 minuten, op de fiets 50 minuten, en je hebt dus alle tijd om na te denken.*

*Fietsen is als het bezit van een aneurysma aorta abdominalis: het verlengt je levensverwachting op de lange termijn, maar dat gaat ten koste van je levensverwachting op de korte termijn. Het was mij allang duidelijk dat fietsen potentieel gevaarlijk is. Daarom heb ik een helm aangeschaft. Mijn vrouw juicht dit toe zolang het maar donker is en ik door de polder en de bossen fiets, maar het is niet de bedoeling dat ik ermee naar de bakker ga. Ik verwacht dat over tien jaar iedereen met helm fietst, maar op dit moment is de acceptatie nihil en omstanders twijfelen aan de verstandelijke vermogens van een fietser met helm.*

*Onderweg naar het ziekenhuis moet ik twee drukke en onoverzichtelijke wegen passeren. De eerste kruising was zo onoverzichtelijk en gevaarlijk dat er een tunnel aangelegd zou worden. Gedurende de ontwikkelingsfase van deze tunnel*

*bleek er te weinig geld te zijn en werd besloten tot een kleine tunnel voor fietsers; de auto's kruisen de weg op gelijk niveau. Dit resulteerde in vele ernstige ongelukken, zeker één dodelijk ongeval en vele zwaargewonden. Het wrange is echter dat men niet goed nagedacht heeft bij het wijzigen van het oorspronkelijke ontwerp van een autotunnel naar een fietstunnel. De tunnel werd veel te licht gebouwd en kwam in de eerste herfst bij het stijgen van het grondwater omhoog. Hij moest opnieuw gebouwd worden en het oorspronkelijke bedrag werd alsnog uitgegeven zonder het gewenste resultaat.*

*Toch is het mij gelukt in deze tunnel een ernstig ongeluk te veroorzaken. De aanloop naar de tunnel is kort en steil. Dit resulteert in een sterke knik aan het begin van de tunnel. Om mijn rug en computer te sparen rem ik af tot bijna stilstand. Uiteraard denken scholieren hier anders over: zij gaan de helling zo hard mogelijk af en bereiken een snelheid boven de 35 km/uur. Een van de jongens kon mij niet ontwijken: ik hoorde veel lawaai achter me en zag hem met een hoofdwond op de grond liggen. ...*

### Inhoud:

• Van de voorzitter	1
• Een tekortschietend zorgproces	3
• Commissies	3
• Secties	8
• Pijncongres	8
• Wetenschapsdag	11
• In memoriam	14
• Bureau NVA	14
• Benoeming	15
• Oratie	15
• Agenda	15
• CCA examendata 2007	16

*Gelukkig bleef het beperkt tot een zware hersenschudding. De kabel van zijn handrem was duidelijk al enige tijd afgebroken en om zijn stuur geknoopt (ik herkende dit direct, want ik deed zelf vroeger niet anders).*

*De tweede kruising is nog onoverzichtelijker en daarom is de weg waarop ik fiets afgesloten voor autoverkeer. Stoppen en wachten is de enige veilige manier om deze weg te kruisen. Toch lukt mij dat niet. Iedere keer betrap ik mij erop dat ik inschat of ik nog voor een auto langs kan – bij voorkeur met walkman en dopjes in de oren. Het lijkt op een computerspel, alleen heb ik maar één leven. Zelfs als ik stop wacht ik niet tot ik veilig kan oversteken, maar slalom ik naar de overkant.*

*Het verkeer en de gezondheidszorg veroorzaken honderden doden per jaar en dit wordt nog steeds geaccepteerd. Deze acceptatie is in mijn ogen de enige reden dat dit niet verandert. Op dit moment voert Nederland namens u oorlog in Afghanistan: de gevaarlijkste situatie die men zich kan voorstellen. Toch zijn doden aan Nederlandse zijde niet acceptabel. Door goed management en materiaal, inschatten en beperken van risico's, en door training lukt het om in de meest onveilige situatie een veilige werksituatie voor militairen te creëren. Vallen er veel doden aan onze kant, dan wordt de onveilige situatie beëindigd door terugtrekken van de Nederlandse militairen. Als het in Afghanistan kan, moet het ook kunnen in de gezondheidszorg.*

*Ik was niet aanwezig op de dag van de brand in een operatiekamer in mijn ziekenhuis. De oorzaak wordt onderzocht en we moeten op het eindrapport wachten voor we zekerheid hebben over de oorzaak. Ik kan hier niets over zeggen. Ik*

*kan u wel vertellen hoe het verder gegaan is in mijn ziekenhuis.*

*Binnen enkele uren werd het volledige operatiekamercomplex voor onbepaalde tijd gesloten. De keerzijde van het vrije ondernemerschap was realiteit. Binnen een dag werd besloten tot verbouw van het volledige operatiekamercomplex en vervanging van alle anesthesieapparatuur en pendels. Dit laatste zorgde voor herstel van het vertrouwen binnen en buiten het ziekenhuis. We hadden het geluk dat het ziekenhuis onderdeel is van een ziekenhuisgroep met twee locaties en we konden binnen een week spoedoperaties uitvoeren op de andere locatie. Na een maand zijn vijf van de elf operatiekamers tijdelijk geopend met volledig nieuwe apparatuur. Om de volledige productie te kunnen draaien wordt nu gedurende dertien uur per dag gewerkt en mogelijk ook nog in het weekend.*

*Het ziekenhuis is in staat binnen een maand het vertrouwen te herstellen en de volledige productie te halen – terwijl vóór de brand jarenlang gesproken werd over investeringen waarvan voor iedereen duidelijk was dat ze noodzakelijk waren. Automatische én handmatige afsluiting van gassen bij een groot zuurstoflek was niet mogelijk, nu opeens wel. In ziekenhuizen noemt men de meest normale vervanging al een innovatie. Liegen over veiligheid is in ziekenhuizen eerder de norm dan een misdrijf.*

*Zijn anesthesiologen voorbereid op dergelijke calamiteiten? Zijn zij wel bereid de consequenties van hun beleid te nemen? Ik denk het niet. Anesthesiologen trachten aan het einde van de keten de risico's te beperken, maar wij voelen ons niet verantwoordelijk voor systematische risicoanalyse van de gehele keten. In ziekenhuizen bestaat er bovendien geen systeem waar dit gedrag gehonoreerd wordt. Als anesthesiologen grenzen stellen*

*worden zij als lastig gezien. En aan klokkenluiders is al helemaal geen behoefte. Iedereen is het met hen eens en roept 'Goed zo,' maar als de misstand vergeten of opgeheven is wordt de klokkenluider geofferd. Ook ik ben niet in staat tot structureel veilig werken. Mijn ziekenhuis zorgde binnen een maand voor een herstart, waar ik bewondering voor heb. Maar starten met volledig nieuwe apparatuur kan pas na training van alle gebruikers. Dat systeem is er niet. Enkele dagen demonstratie en een boekje, daar moet je het mee doen. Er is geen systematische training en controle van competenties. Uiteraard is dit mijn verantwoordelijkheid en niet die van het ziekenhuis. Anesthesiologen verkeren in de unieke situatie dat zij zowel beleidsbepaler als gebruiker zijn. Veiligheid begint bij risicoanalyse en eindigt bij de professional die een specifieke situatie herkent en daarop reageert binnen tevoren bepaalde kaders. Veiligheid begint ook bij het erkennen dat mensen fouten mogen maken en dat hun gedrag onvoorspelbaar is. Veiligheidsbeleid wordt niet bepaald door beperkte financiële middelen maar door goed management, het stellen van grenzen en het juist aanwenden van financiële middelen. Veiligheidsbeleid is geen bedreiging voor de anesthesioloog, maar een uitdaging. Ik heb van de brand geleerd dat een onveilige werksituatie een bedreiging is – niet alleen voor de patiënt, maar ook voor mijzelf en mijn inkomen.*

# Een tekortschietend zorgproces

Jan Klein, vice-voorzitter NVA bestuur

Een tekortschietend zorgproces, zo luidt de titel van het rapport over de kwaliteit en veiligheid van de cardiochirurgische zorgketen voor volwassenen in het UMC St. Radboud te Nijmegen. Ik nam op voorspraak van de NVA zitting in de onderzoekscommissie. Hoewel in de media regelmatig de indruk gewekt werd dat conflicten de oorzaak waren van de problemen, was dit geenszins het geval: de sfeer op de werkvloer was goed.

De verhoogde morbiditeit en mortaliteit konden ook niet toegeschreven worden aan de tekortkomingen van één persoon of één groep in de cardiochirurgische keten. Wel was er sprake van een slecht

functionerend zorgproces. Er was onder meer weinig protocollering, weinig multidisciplinair optreden, nauwelijks uniformiteit in handelen en nauwelijks toetsing van handelen. De betrokken specialisten veronderstelden dat de hoge morbiditeit en mortaliteit veroorzaakt werden door het feit dat in het UMC St. Radboud meer complexe patiënten geopereerd werden, maar eerder bleek het tegendeel het geval. De onderzoekscommissie kon deze veronderstelling weerleggen op basis van de uitkomstregistratie die al vijftien jaar werd bijgehouden.

Het bijhouden van een uitkomstregistratie vindt alleen in de cardiochirurgie plaats

en tot voor kort alleen in Nijmegen. De problemen die ten grondslag liggen aan het tekortschietend zorgproces, zijn niet specifiek voor het UMC St. Radboud. Vanzelfsprekend zijn wij allemaal hoog gemotiveerde professionals. Fouten worden vooral gemaakt doordat de samenwerking en de coördinatie tekortschieten: risico's die voor ons allen op de loer liggen. Het rapport is daarom niet alleen voor cardioanesthesiologen van belang.

Een tekortschietend zorgproces.

[www.igz.nl](http://www.igz.nl) onder Rapporten 2006-04-24.

## Mededelingen vanuit de commissies

*Commissie Juridische Zaken, Dirk van Diejen, voorzitter*

### Bloedtransfusie bij Jehova's getuigen

In juni 2005 is namens de Commissie Beroepsbelangen en Rechtspositie Anesthesioloog en de Commissie Juridische Zaken in de *Nieuwsbrief* een 'Praktische aanbeveling bij de behandeling van Jehova's getuigen' gepubliceerd. In oktober 2005 ontving de Commissie Juridische Zaken een juridisch commentaar met daarin opmerkingen omtrent enige onvolkomenheden in de tekst in de *Nieuwsbrief*. Naar aanleiding van deze reactie heeft de Commissie Juridische Zaken zich opnieuw over deze materie gebogen. We geven hier een nieuw schema van de aanbevelingen.

### Gewetensconflict

Jehova's getuigen weigeren transfusie van bloed en bloedproducten op geloofsgronden. Indien een anesthesioloog in deze omstandigheden wordt gevraagd de anesthesie uit te voeren bij een chirurgische ingreep die doorgaans met bloedverlies gepaard gaat, kan een gewetensconflict ontstaan. Immers, als artsen dienen wij de gezondheid te bevorderen, in ieder geval de patiënt geen schade te berokkenen. En nu krijgt men plotse-ling de vraag een handeling na te laten waarvan is aangetoond dat deze levensreddend kan zijn.

Zoals vaak zijn er ook hier twee kanten aan de zaak:

- 1 Op grond van artikel 450 lid 1 in boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is voor verrichtingen ter uitvoering van een geneeskundige behandelingsovereenkomst de toestemming van de patiënt vereist. Een patiënt kan akkoord gaan met de voorgestelde behandeling, maar kan ook aan een deel van de

behandeling (in dit geval: bloedtransfusie) zijn toestemming onthouden.

- 2 Indien men de condities van de patiënt accepteert en men toezegt de anesthesie te zullen uitvoeren is daarmee, al zal dat niet altijd zo aanvoelen, een overeenkomst gesloten die verplichting tot nakoming met zich meebrengt. Niet voor niets is de oorspronkelijke WGBO in dit deel van het Burgerlijk Wetboek opgenomen, naast bijvoorbeeld de reisovereenkomst.

Uit het voorgaande zou men de indruk kunnen krijgen dat men als individuele arts de behandeling dient uit te voeren volgens de voorwaarden die de patiënt stelt. Zover gaat de verplichting echter niet. Wanneer men zich, op grond van een gewetensconflict, niet kan verenigen met de ultieme consequentie dat de patiënt durante operationem of in de postoperatieve fase zal overlijden (als gevolg van een behandelbare afwijking [bloedverlies al of niet met onder-vulling] zonder dat men de mogelijkheid heeft adequate therapie in te stellen [transfusie]), mag op persoonlijke gronden worden afgezien van medewerking aan de behandeling. Men heeft dan wel de plicht om een andere collega te vragen de behandeling over te nemen, eventueel een collega in een ander ziekenhuis.

Doorgaans zal een en ander goed te regelen zijn wanneer het een volwassen patiënt betreft die een electieve ingreep moet ondergaan. Ook electieve chirurgie bij kinderen is relatief goed te overzien, hoewel de verschillende leeftijdscategorieën (tot 12 jaar, en tussen 12 en 16 jaar) nog wel voor enige hoofdbreken kunnen zorgen.

## Acute situaties

Bijzondere situaties voor anesthesiologen doen zich vooral voor in gevallen waar snel en adequaat handelen geboden is. Bijvoorbeeld bij een patiënt die op de Spoedeisende Hulp wordt aangeboden na een trauma, met een vermoeden op cerebrale contusie en intra-abdominale bloeding. Wat te doen als tussen de persoonlijke papieren een verklaring wordt gevonden dat de drager Jehova's getuige is, of als, in een andere situatie, de eveneens gearriveerde niet-getraumatiseerde levensgezel aangeeft dat de patiënt geen bloedtransfusie wenst (en er geen persoonlijke schriftelijke verklaring van de patiënt zelf kan worden gevonden)? De twee mogelijkheden zijn:

- accepteren van de schriftelijke verklaring van de patiënt, of de overtuiging hebben dat de levensgezel daadwerkelijk opkomt voor het standpunt van de patiënt,
- gerede twijfel aan het standpunt van de patiënt (bijvoorbeeld omdat de verklaring lang geleden lijkt te zijn opgesteld en niet direct is te achterhalen wat zijn huidige standpunt is), of er niet van overtuigd zijn dat de levensgezel in dit specifieke geval een goede vertegenwoordiger van de patiënt is.

Men zal op zo'n moment zelf, in samenspraak met andere bij de behandeling betrokken collegae, moeten beslissen welk van de twee mogelijkheden het zwaarst moet wegen. Dit hangt mede af van de noodzaak tot snel handelen: er moet wel een poging worden gedaan om de actuele visie van de patiënt te achterhalen, maar dit mag in levensbedreigende situaties niet zo lang duren dat adequate behandeling onmogelijk wordt. Men zal dan moeten handelen volgens de professionele standaard om schade voor de patiënt te voorkomen (zie het schema hiernaast).

## Geldigheidstermijn

Binnen de Commissie is uitgebreid ingegaan op de geldigheidsstermijn van de wilsverklaring. Moet deze twee jaar zijn, vijf jaar, of nog anders? Het lijkt nogal willekeurig om een termijn te stellen, zeker omdat in de wet een dergelijke termijn niet wordt genoemd. Niettemin was men van mening dat een wilsverklaring omtrent het weigeren van bloedtransfusie niet te lang geleden

moet zijn opgesteld of vernieuwd. Aan de patiënt wordt immers bij elke electieve ingreep ook opnieuw gevraagd om zijn standpunt te bevestigen en aan het medisch dossier toe te voegen.

## Schema

Het volgende schema geeft een overzicht van de mogelijkheden en biedt een houvast in deze lastige materie.

Er zijn drie uitgangspunten:

- 1 Voor het geven van bloedtransfusie is steeds toestemming nodig van de patiënt; bij weigering dient een verklaring te worden opgesteld, en te worden ondertekend door de patiënt; de verklaring wordt opgenomen in het medisch dossier.
- 2 De patiënt is wilsbekwaam, tenzij
  - de patiënt de leeftijd van 12 jaar nog niet heeft bereikt,
  - de arts vaststelt dat een patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake (met andere woorden: niet wilsbekwaam is),
  - de patiënt niet aanspreekbaar is (bijvoorbeeld in coma is).
- 3 In acuut levensbedreigende situaties mag de feitelijke hulpverlening niet belemmerd of vertraagd worden door het duidelijk krijgen van de wens van de patiënt en het zoeken naar de juiste vertegenwoordiger.

## 1 Wilsbekwaam $\geq$ 16 jr

Acuut / niet acuut	Opmerkingen
Toestemming → transfusie	
Geen toestemming: <ul style="list-style-type: none"><li>• arts respecteert standpunt patiënt</li><li>• indien arts zich niet kan verenigen met standpunt van de patiënt → collega vragen, of verwijzen naar ander ziekenhuis</li></ul>	In levensbedreigende situaties kan het onmogelijk zijn om de wens van de patiënt (evt. via een vertegenwoordiger) duidelijk te krijgen → handelen volgens professionele standaard indien dat noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen

15-18 april 2007

## 7th IAAS Congress

International Association for Ambulatory Surgery  
in samenwerking met NVDK RAI, Amsterdam

Internationale update over ambulante anesthesie en chirurgie  
[www.iaascongress2007.org](http://www.iaascongress2007.org)

## 2 Wilsonbekwaam ≥ 16 jr

<i>Acuut / niet acuut</i>	<i>Opmerkingen</i>
Schriftelijke wilsverklaring = geen toestemming voor transfusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• arts moet controleren of wilsverklaring nog geldend is, en van recente datum</li> <li>• geen twijfel → respecteren</li> <li>• bij gegronde twijfel mag de verklaring genegeerd worden + aantekenen in dossier</li> </ul>	In levensbedreigende situaties kan het onmogelijk zijn om de wens van de ouders/vertegenwoordiger duidelijk te krijgen → handelen volgens professionele standaard indien dat noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen
Geen wilsverklaring, geen vertegenwoordiger: <ul style="list-style-type: none"> <li>• beslissing op basis van goed hulpverlenerschap (NB weigering van andere familieleden is niet doorslaggevend)</li> </ul>	Idem
Vertegenwoordiger <sup>1</sup> behartigt belang patiënt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• weigering transfusie kan worden genegeerd indien gegronde twijfel bestaat aan 'goed vertegenwoordigerschap'</li> </ul>	Idem

1. Vertegenwoordiger kunnen zijn: curator, mentor, een schriftelijk gemachtigde; bij ontbreken hiervan: echtgeno(o)t(e), geregistreerde partner, ouder, kind, broer, zus.

## 3 Wilsbekwaam 12-16 jr

<i>Acuut / niet acuut</i>	<i>Opmerkingen</i>
Toestemming kind + ouders <sup>2</sup> → transfusie	
Wel toestemming kind, geen toestemming ouders → transfusie als dit schade bij het kind kan voorkomen en het kind de transfusie weloverwogen blijft wensen	
Geen toestemming kind, wel toestemming ouders: <ul style="list-style-type: none"> <li>• arts respecteert standpunt kind, met inachtneming van professionele standaard</li> <li>• arts kan zich niet verenigen met standpunt van het kind → overleg met collega's; evt. overplaatsing naar ander ziekenhuis</li> </ul>	In levensbedreigende situaties kan het onmogelijk zijn om de wens van de patiënt (evt. via een vertegenwoordiger) duidelijk te krijgen → handelen volgens professionele standaard indien dat noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen
Geen toestemming kind, geen toestemming ouders: <ul style="list-style-type: none"> <li>• arts respecteert standpunt, met inachtneming professionele standaard</li> <li>• arts kan zich niet verenigen met standpunt van het kind en ouders → overleg met collega's; evt. overplaatsing naar ander ziekenhuis</li> </ul>	Idem

2. In plaats van *ouder* kan ook *voogd* gelezen worden.

## 4. Kind tot 12 jaar en wilsonbekwame patiënt tot 16 jaar

<i>Niet acuut</i>	<i>Acuut</i>	<i>Opmerkingen</i>
Toestemming ouder <sup>3</sup> → transfusie	Toestemming ouder <sup>3</sup> → transfusie	
Geen toestemming ouder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• arts respecteert standpunt, met inachtneming van professionele standaard</li> <li>• arts kan zich niet verenigen met standpunt van het kind en ouders → overleg met collega's; evt. overplaatsing naar ander ziekenhuis</li> <li>• indien transfusie noodzakelijk is om gevaar voor de gezondheid te voorkomen kan ook via de kinderrechter worden verzocht om een beschermingsmaatregel</li> </ul>	Geen toestemming ouder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• arts respecteert standpunt, met inachtneming professionele standaard</li> <li>• arts wijst op de consequenties van de weigering; bij blijvende weigering en indien transfusie noodzakelijk is om gevaar voor de gezondheid te voorkomen kan ook via de kinderrechter worden verzocht om een beschermingsmaatregel</li> <li>• indien vanwege de acute situatie geen toestemming kan worden gevraagd → beslissing op basis van goed hulpverlenerschap</li> </ul>	In levensbedreigende situaties kan het onmogelijk zijn om de wens van de ouders/vertegenwoordiger duidelijk te krijgen → handelen volgens professionele standaard indien dat noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen

3. Voor *ouder* kan ook *voogd* worden gelezen. Bij afwezigheid van de ouder of voogd dient nagegaan te worden of er een vertegenwoordiger is van de patiënt; als vertegenwoordiger kunnen optreden: curator, mentor, een schriftelijk gemachtigde; bij ontbreken hiervan: echtgeno(o)t(e), geregistreerde partner, broer, zus.

NB Onderdeel 4 is ook van toepassing op bijvoorbeeld een pasgeborene die na een sectio caesarea door verbloeding in een levensbedreigende situatie is beland.

## **Opnieuw Actieweek van de luchtweg**

De CKAP propageerde in 2005 voor het eerst de Actieweek van de luchtweg. Deze week heeft vooral tot doel anesthesiologen en anesthesiemedewerkers meer routine bij te brengen in het gebruik van materialen en procedures om in moeilijke omstandigheden de luchtweg veilig te stellen. Op vele OK-complexen hebben anesthesiologen immers een aparte 'kar' met deze materialen ingericht. Ook dit jaar willen wij u oproepen om in uw ziekenhuis (opnieuw) een Week van de luchtweg te organiseren en deze materialen letterlijk eens uit de kast te halen. In deze week kunt u bijeenkomsten organiseren waarin het protocol over de toegang tot de luchtweg centraal staat. Diverse – momenteel vaak atraumatische – intubatietechnieken kunt u

bij electieve patiënten toepassen. Met anesthesiemedewerkers kunt u lessen over alternatieve intubatietechnieken organiseren. Zo nodig oriënteert u zich omtrent de aanschaf van aanvullende materialen en/of apparatuur, omdat er steeds meer zaken op de markt komen. U kunt ook aandacht besteden aan de preoperatieve beoordeling van de luchtweg bij patiënten tijdens de preoperatieve screening.

Het afgelopen jaar hebben een tiental ziekenhuizen een Actieweek van de luchtweg georganiseerd. Een beperkt aantal maatschappen heeft aan de CKAP verslag gedaan over hun activiteiten in het kader van deze actieweek. De inzending van het Maasziekenhuis te Boxmeer stak er met kop en schouders bovenuit en dit ziekenhuis heeft

dan ook de prijzen gewonnen: twee 30 Gb iPods. Voor informatie kunt u dus bij hen terecht, of bij de CKAP-leden Bas van Praagh of Hans Harbers. Ook voor dit jaar heeft de voorzitter van uw Vereniging weer twee iPods ter beschikking gesteld, te verloten onder degenen die een gedetailleerd verslag van hun week (inclusief deelnemerslijst!) aan de CKAP toezenden. De sluitingsdatum is 31 januari 2007.



## Quick Scan

*'Kwaliteitszorg moet de zorg beter en het werk leuker maken, waardoor de patiënt beter af is en de professional meer voldoening heeft.'* (NVOG)

### Nieuw: vier domeinen

De kwaliteitsvisitaties zoals die de afgelopen jaren zijn uitgevoerd hebben zichzelf bewezen: driekwart van de zwaarwegende adviezen blijkt daadwerkelijk te worden opgevolgd en leidt tot een onmiskenbare verbetering van kwaliteit van de anesthesiologische zorg in Nederland. Desondanks lijkt het rendement van de visitaties in de huidige vorm af te nemen. We willen daarom de stap maken naar evaluatie van zorg en het professioneel functioneren. Er vindt een overgang plaats naar een nieuw model met vier domeinen:

- zorgevaluatie,
- patiëntenperspectief,
- maatschapsfunctioneren,
- professionele ontwikkeling.

Voor elk van deze domeinen zijn of worden door de Orde instrumenten ontwikkeld die bij de visitaties gebruikt kunnen worden. De CKAP gaat elk van

die instrumenten toespitsen op de anesthesiologische praktijkvoering.

### Kwaliteitsvisitaties: de Quick Scan

De huidige kwaliteitsvisitaties besteden veel aandacht aan het functioneren van maatschappen, hetgeen ook vaak leidt tot aanbevelingen. Desondanks doen we geen uitspraak over wat 'de beste' maatschapsorganisatie is, omdat dat voor iedere groep weer anders ligt. In het nieuwe visitatiemodel is daarom gekozen voor een instrument dat maatschappen in staat stelt om zelf op een systematische manier te komen tot een diagnose van het eigen maatschapsfunctioneren: de Quick Scan.

De Quick Scan is een vragenlijst waarin individuele specialisten hun mening kunnen geven over het functioneren van hun eigen maatschap. De antwoorden (al of niet anoniem) maken inzichtelijk welke aspecten van het maatschapsfunctioneren voor verbetering vatbaar zijn en welke prioriteit de maatschapsleden hieraan geven.

De eerste Quick Scan is eind jaren negentig ontwikkeld in een kwaliteits-

project waarin ook de NVK, de NVOG en de NVvH participeerden. Sindsdien is, ook al door enkele anesthesiologische maatschappen, ruime ervaring opgedaan met de toepassing van het instrument. In vergelijking met het huidige visitatiemodel levert de Quick Scan meer bruikbare informatie op over het functioneren van de maatschap en biedt hij concrete aanknopingspunten voor verbetering. Vanaf heden worden daarom alle maatschappen bij de planning van visitaties uitgenodigd de Quick Scan voorafgaand aan de visitatie zelf uit te voeren. Tijdens de visitatie kan dan gesproken worden over de plannen die uit de analyse van de Quick Scan zijn voortgekomen.

Voor meer info zie: [www.orde.nl](http://www.orde.nl), via menu: kwaliteit – visitatie.

### Patiëntenperspectief

Het volgende instrument dat de CKAP wil gaan uitwerken is het patiëntenperspectief: door middel van gerichte patiëntenenquêtes een beeld krijgen van de zorgverlening. Ideeën op dit gebied zijn uiteraard welkom.

## Externe indicatoren voor IGZ en ZN

De werkgroep Indicatoren Anesthesiologie heeft op de Anesthesiologendagen de set met achttien anesthesie-indicatoren gepresenteerd, verdeeld over preoperatief, peroperatief, postoperatief, pijn en lifesupport. In het komende halfjaar worden ze volgens plan in veertien ziekenhuizen uitgetest op registreerbaarheid. Intussen

doen 'externe partijen' een beroep op de wetenschappelijke verenigingen om met bruikbare kwaliteitsindicatoren te komen, die geschikt zijn voor andere doeleinden dan kwaliteitsverbetering alleen.

De wetenschappelijke verenigingen die behandelingen in het B-segment verrichten, kregen de verplichting van

VWS om zg. inkoopindicatoren te ontwikkelen en de Inspectie voor de Volksgezondheid wil de prestatie-indicatoren in de basisset vervangen door indicatoren waar de verenigingen achter staan. Onze eigen set komt dus goed van pas, hoewel de testfase nog wel meer tijd nodig heeft. Wat kunt u verwachten?

## Basisset

Voor 2007 komt in de basisset van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) onze eigen pijnindicator: percentage ernstige pijn in de eerste 72 uur postoperatief. De tekst van de factsheet is te vinden op het besloten deel van de NVA-website (vergaderingen – Anesthesiologendagen 2006). Op verzoek van IGZ is in overleg met de sectie Kinderanesthesiologie van de NVA een opmerking over pijnmeting bij kinderen opgenomen.

De indicator VAS < 4 komt te vervallen.

## Inkoopgids

Bij de KNO-vereniging zijn indicatoren over de adenotonsillectomie opgesteld in het project Kwaliteit van zorg in

de etalage. De opdracht werd gegeven door ZonMW. De uitvoering vindt plaats in samenwerking met het CBO en de Orde van Medisch Specialisten, de zorgverzekeraars, patiëntenvertegenwoordiging en de NVA. De richtlijn over dit onderwerp is nog in ontwikkeling zodat de interessante vraag over de indicatiestelling nog niet is beantwoord. Twee van de vijf indicatoren liggen op anesthesiologisch gebied: de preoperatieve poli en de pijn. De volledige tekst is op onze website te vinden. Uw commentaar kan tot vier weken na de ALV verwerkt worden.

## Interne indicatoren

Tijdens de Anesthesiologendagen 2007 hoopt de werkgroep de eerste resul-

taten van de testfase te kunnen presenteren.

## Indicatoren van andere verenigingen

Bij de heilkunde werd de NVA in het laatste stadium geconsulteerd over de indicator 'Liesbreuk onder lokale anesthesie'. Daarover vindt nog steeds discussie plaats. Nieuws hierover komt ook op de website van de NVA.

Bij de andere wetenschappelijke verenigingen zijn geen indicatoren met betrekking tot de anesthesie opgenomen.



*R. Taylor, Reader in Health Services Research, Exeter and Plymouth, UK.*



*D. Bouhassira, neuroloog, Boulogne-Billancourt, Frankrijk.*

## Mededelingen vanuit de secties

*Sectie Pijnbestrijding, Frank Huygen, voorzitter*

### Congres voor pijn en pijnbestrijding opnieuw overweldigend succes

Zaterdag 4 november 2006 vond voor de achtste keer het tweejaarlijks congres voor pijn en pijnbestrijding plaats in het Evoluon te Eindhoven. Bijzonder dit jaar was dat het congres voor de eerste keer samen georganiseerd werd met de recent opgerichte Vlaamse Anesthesiologische Vereniging voor Pijnbestrijding.

Dat pijn en pijnbestrijding meer leven dan ooit tevoren bleek wel uit de opkomst: er waren 406 deelnemers, waaronder 209 medisch specialisten, 35 arts-assistenten, 91 pijnverpleegkundigen en 71 anesthesiemedewerkers. Daarnaast waren er ongeveer 60 standhouders die samen 22 bedrijven vertegenwoordigden.

### Dutch Pain Society

Bij de opening pleitte de voorzitter ervoor niet alleen krachten te bundelen bij het organiseren van een congres, maar nog een stap verder te gaan: de oprichting van een Dutch

Pain Society. Op dit moment zijn er alleen al in Nederland meer dan twintig organisaties die zich bezighouden met pijn en pijnbestrijding. Daardoor is het voor de overheid, wetenschapsfondsen, ziekenkostenverzekeraars en andere belanghebbende vaak onduidelijk wie de gesprekspartners zijn.

### Pijnspecialist

De dag zelf bood een interessant programma. Er werd gesproken over meting van pijn, pijnresearch en acute pijn, en het publiek luisterde de hele dag geboeid. Daarnaast was er voldoende tijd voor het bezoeken van de uitgebreide expositie en het aanhalen van de onderlinge contacten.

Voor de leden van de sectie Pijn was er tussen de middag een drukbezochte algemene ledenvergadering. Hoog op de agenda stond de registratie van de Anesthesioloog Pijnspecialist. Het bestuur van de sectie Pijn heeft hiervoor een voorstel uitgewerkt dat de

leden enthousiast hebben ontvangen. In de komende maanden zal hier zeker opnieuw de aandacht voor worden gevraagd.

We namen afscheid van Hans van Suylekom, die zes jaar als penningmeester in het bestuur heeft gezeten. De voorzitter roemde zijn inbreng en sprak hiervoor dank uit namens de sectie. Het penningmeesterschap is overgenomen door Maarten van Eerd. Frank Wille is als extra bestuurslid benoemd.

Een dag als deze kan alleen een succes zijn dankzij de inbreng van velen. Van-

wege hun enorme inzet werden Janine Spruit, secretaresse van het bureau van de NVA, en Sanne van den Biggelaar van Congress & Meeting Services Holland speciaal in het zonnetje gezet.

### **In 2007 in België**

De dag werd beëindigd met de uitnodiging van Jan van Zundert, de voorzitter van de Vlaamse Anesthesiologische Vereniging voor Pijnbestrijding, om in het najaar van 2007 het Pijncongres in België te organiseren. Deze uitnodiging is van harte aangenomen.

## **Sectie KinderAnesthesiologie (SKA),**

*D.B.M. van der Werff, voorzitter, P.M. Vermeulen, secretaris, en R.J. Steur, bestuurslid*

### **SKA enquête**

Enige tijd geleden heeft het bestuur van de SKA een uitgebreide enquête onder de leden gehouden om zo goed mogelijk geïnformeerd te zijn over de wensen en interesses ten aanzien van organisatorische en vakinhoudelijke aspecten. De resultaten van de enquête werden tussentijds in detail gepresenteerd en besproken tijdens het SKA-zomercongres 2005 en de reguliere SKA-vergaderingen. Een aantal duidelijk door de leden aangegeven wensen werden al op korte termijn door het SKA-bestuur gerealiseerd. Hierbij volgt een korte samenvatting.

### **De respons algemeen**

Van de 199 verstuurde enquêtes werden er 70 geretourneerd (35,2%), waarvan 35 uit academische ziekenhuizen (= acz), 32 uit algemene ziekenhuizen (= az) en 7 uit een categoriaal ziekenhuis (een of enkele soorten activiteiten, zoals orthopedie). Sommige leden werken in twee categorieën ziekenhuizen;

omwille van de leesbaarheid zijn beide laatste categorieën ziekenhuizen bij elkaar genomen.

De leden uit acz houden zich gemiddeld 25-75% van hun tijd bezig met kinderanesthesie. De leden uit az minder dan 25%. Van beide categorieën is het grootste deel van de patiëntenpopulatie 1-6 jaar.

De meeste leden zijn lid van de SKA uit professionele belangstelling en om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen op het gebied van de kinderanesthesie in Nederland.

### **SKA-vergaderingen**

Naar aanleiding van de uitslag van de enquête zijn de SKA-vergaderingen als volgt aangepast.

- Van de vier reguliere vergaderingen die jaarlijks worden gehouden, vinden er twee in het AMC te Amsterdam en twee verdeeld over het land plaats, zodat meer spreiding wordt verkregen.

- Afwisselend wordt op maandag en donderdag vergaderd (voorheen was dit alleen op maandag).
- Iedere huishoudelijke vergadering wordt voorafgegaan door een wetenschappelijke presentatie. De invulling wordt gelijkmatig verdeeld over de deelnemende ziekenhuizen.

Daarnaast is er behoefte om aandacht te besteden aan organisatorische aspecten vooral vanuit de algemene ziekenhuizen. Zo is bijvoorbeeld in samenwerking met kinderchirurgen en kinderartsen het stuk 'Kwalificering van chirurgie bij kinderen in algemene ziekenhuizen' opgesteld, dat meerdere malen ter SKA-vergadering werd besproken. In 2007 zal samen met het NVA-bestuur worden gekeken naar de mogelijkheden van implementatie van dit stuk en het opstellen van opties van de SKA om hier meer duidelijkheid in te scheppen.



## SKA-zomercongres

De uitslag van de enquête heeft ertoe geleid dat de duur van het congres werd ingekort tot vrijdag en zaterdag, waardoor ook de prijs kon worden gereduceerd. Overdracht van kennis en informatie zou vooral moeten plaatsvinden in de vorm van:

- themabijeenkomsten (pijn, regionaal, moeilijke luchtweg): geëffectueerd voor 2006,
- EBM-referaten,
- pro/con-debatten (bv. bij standpunten, richtlijnen en protocollen),
- interactieve discussies (bv. bij educatieve casuïstiek) (lichte voorkeur).

## SKA-wetenschappelijk onderzoek

Fundamenteel onderzoek wordt gewaardeerd, maar studies naar actuele gebruiken in Nederland krijgen meer steun, evenals praktische klinische trials (vooral op terreinen van acute en

chronische pijnbestrijding bij kinderen) en typische pediatrie pre- en post-operatieve problemen en peroperatieve vragen.

## SKA informatievoorziening en website

Voor informatievoorziening gebruiken de meeste leden liefst de website van de SKA. Daarnaast gebruiken de azz-leden vooral onderlinge contacten en azz-leden de algemene mededelingen en de nieuwsbrief van de NVA.

De website van de SKA ziet men vooral als onderdeel van de NVA-website, waarbij een besloten gedeelte alleen voor leden wenselijk wordt geacht. Daarbij is vooral behoefte aan informatie over:

- standpunten, richtlijnen en protocollen (48%),
- forumdiscussie, vraagbaak (31%),
- organisatorische aspecten van de kinderanesthesiologie (21%).

## SKA financieel

De verdeling van de te besteden gelden als aangegeven in de enquête werd in 2006 vastgelegd in een huishoudelijk SKA-document.

## SKA-werking

Van het bestuur wordt verwacht dat het de kinderanesthesie in Nederland en daarbuiten herkenbaar promoot, kwaliteitseisen/normen opstelt, aandacht geeft aan specifieke problemen in de perifere praktijk en intensieve contacten onderhoudt met de periferie.

Wij willen de leden langs deze weg hartelijk danken voor hun bijdrage aan het beleid van de sectie Kinderanesthesiologie voor de komende jaren. Voor gedetailleerde informatie kunt u terecht bij R. Steur (r.j.steur@anest.umcg.nl).

## Oproep tot het indienen van aanvragen voor een NVA Young Investigator Grant

# € 50.000

### voor een periode van twee jaar

#### De onderzoeker, het onderzoek en de infrastructuur

De aanvrager is gepromoveerd, lid van de NVA, heeft wetenschappelijke ambitie en een duidelijk en goed uitgewerkt plan voor een vervolgonderzoek. De resultaten van het voorgestelde onderzoek dienen voor de anesthesiologie belangrijke klinische of fundamentele onderzoeksvragen te beantwoorden. Multidisciplinaire onderzoeksamenwerking wordt sterk aangemoedigd. Op de afdeling of binnen de vakgroep waar hij/zij werkt is een goede infrastructuur voor onderzoek en is er een senioronderzoeker die als begeleider en klankbord functioneert.

#### 'Matching': De afdeling draagt bij in de kosten van het onderzoek

Omdat een dergelijke persoonsgebonden tweejarige NVA subsidie slechts voor een deel kostendekkend kan zijn, wordt van de instelling waar de onderzoeker werkzaam is verwacht dat deze een bijdrage levert aan het project welke minimaal gelijk is aan de toegekende subsidie ('matching'). Deze bijdrage kan bestaan uit het ter beschikking stellen van (een deel van) de onderzoekstijd, onderzoekassistentie (research nurse) of laboratoriumfaciliteiten.

Aanvragen, inclusief begroting dienen vóór vrijdag 16 februari 2007 12.00 uur elektronisch (Adobe pdf) te worden gemaild naar de NVA: [NVA@anesthesiologie.nl](mailto:NVA@anesthesiologie.nl). Het format is conform ZonMw, en kan worden gedownload vanaf [www.anesthesiologie.nl](http://www.anesthesiologie.nl).

*Namens het Bestuur van de NVA,  
de Commissie Wetenschap*

## **Derde Wetenschapsdag Anesthesiologie**

Op 29 september werd in het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam de derde Wetenschapsdag van onze vereniging gehouden.

Ook dit jaar ontvingen we een groot aantal abstracts van enthousiaste onderzoekers, zowel binnen als buiten ons vakgebied. Vooral de belangstelling van andere disciplines voor de NVA Wetenschapsdag mag als een groot compliment worden beschouwd. Door het ruime aanbod aan kwalitatief goede abstracts kon het Organiserend Comité samen met de afvaardiging van de opleidingsclusters een gewogen selectie maken voor de acceptatie tot presentatie

en werd het niveau verder verhoogd. De voordrachten, de posterdiscussies en posters waren wetenschappelijk inhoudelijk en in presentatie merendeels uitstekend. De Young Investigator Award ging uiteindelijk naar P. Noordzij van het Erasmus MC te Rotterdam, voor zijn voordracht getiteld 'Increased pre-operative glucose levels are associated with perioperative mortality in patients undergoing noncardiac, nonvascular surgery'. Het Comité prees de originaliteit en relevantie van het onderwerp, de uitvoering van het onderzoek en de voortreffelijke presentatie. Wij verwachten in de toekomst nog veel van collega Noordzij te horen.

Het succes van de derde Wetenschapsdag was zeker ook te danken aan de bijdrage van de drie geïnviteerde sprekers die verschillende aspecten van het wetenschappelijk onderzoek belichtten.

Prof.dr. T.F. Meert, als psycholoog en anesthesioloog werkzaam bij Johnson & Johnson, was uitgenodigd om de wetenschap binnen de farmaceutische industrie toe te lichten. Hij schetste het proces waarmee de ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel gepaard gaat en gaf zo inzicht in de wetenschappelijke ontwikkelingen binnen de industrie.



*Spitsuur bij de registratiebalie van de NVA.*



Prof.dr. H. Radder, wetenschapsfilosoof aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, wist op authentieke wijze het publiek te boeien voor de wetenschapsfilosofie. Vanuit verschillende filosofische inzichten analyseerde hij de vraag of de werkelijkheid van de wetenschap objectief, subjectief of interactief is. Als laatste sprak prof.dr. H. Van Aken, hoofd van de afdeling Anesthesiologie van de Westfalische Wilhelms Universität te Münster. Als gerenommeerd wetenschapper binnen de anesthesiologie gaf hij een uitstekend overzicht van de huidige inzichten in de literatuur en eigen onderzoeksresultaten betreffende perioperatieve sympathecolyse. Minstens zo interessant was zijn presentatie over de verschillen en overeenkomsten tussen Duitsland en Nederland met betrekking tot het verrichten van wetenschappelijk onderzoek.

Kortom: de derde Wetenschapsdag was van hoge kwaliteit. Wij hopen u volgend jaar weer te zien!



*Spreker prof.dr. Theo Meert met prof.dr. Gert-Jan Scheffer en prof.dr. Cor Kalkman.*



*Zo'n veertig posters stonden opgesteld voor de Poster Walk Around.*

*Spreker prof.dr. Hans Radder, wetenschapsfilosoof, wordt bedankt voor zijn bijzondere bijdrage.*



*Van de zes oral presentations won die van Peter Noordzij de Award.*



## Bureau NVA

### Ledenlijst 2006

Het bureau van de NVA roept u op om uw adreswijzigingen of wijziging van werkadres voor 1 januari 2007 door te geven. De inventarisatie van de ziekenhuisgegevens is al in volle gang. Wij hopen het nieuwe boekje in februari te kunnen uitsturen.

### Wijziging (contributie)facturering

Door aangescherpte regelgeving van de Postbank zal de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) geen gebruik meer maken van acceptgiro's. U krijgt voortaan een factuur voor o.a. contributies. Wilt u bij betaling altijd factuurnummer en naam vermelden? Wij kunnen uw betaling dan correct verwerken.

### Belastingdienst

De NVA heeft een belastingcontrole ondergaan. Gezien de omvang van de uitgekeerde reiskosten en vacatiegelden heeft de belastingdienst gevraagd om de namen van degenen aan wie over 2005 reis- of vacatiegelden zijn uitgekeerd. Het bureau destilleert deze gegevens momenteel uit de boekhouding. Vervolgens worden de betreffende personen aangeschreven met de vraag naar sofnummer en e-mailadres. Na opgave bij de belastingdienst ontvangt u vervolgens voor uw eigen administratie per e-mail de gegevens zoals wij die hebben ingediend.

### Kerstvakantie

Het bureau van de NVA is tussen kerst en Oud en Nieuw gesloten.

## In memoriam dr. J.S.M. Zorab 1929-2006

Wij hebben afscheid moeten nemen van John Zorab.

John was de jongste van zes broers die allen een carrière in de genees- of tandheelkunde vonden. In 1953 trouwde hij met Shirley. Na zijn opleiding in Guys (Londen), Westminster en Southampton vestigden Shirley en John zich in 1966 in Bristol (Frenchay). Hij sloot een hechte vriendschap met Peter Baskett en samen bereikten ze veel voor de anesthesie op Europees en mondiaal niveau.

John was medeoprichter van de European Academy of Anaesthesia en vormgever van het Europees Internationaal Examen. Dit 22 jaar oude examen trekt jaarlijks meer dan duizend

kandidaten aan. John vond snel zijn weg binnen de Engelse en internationale gremia. Hij maakte deel uit van de Council van het Royal College of Anaesthetists en het bestuur van de Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, was van 1980 tot 1988 secretaris van de World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WFSA) en van 1988 tot 1992 president. In 1982 hielp hij als secretaris van het organiserend comité bij de organisatie van het Europees congres in Londen en werd zo president van de European Regional Section van de WFSA. Na het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd fungeerde hij twee jaar als medisch directeur van het Frenchay Ziekenhuis en studeerde vervolgens geschiedenis van de geneeskunde, een studie die hij op 76-jarige leeftijd met succes afrondde.

John was verdraagzaam en geduldig met de jongste arts-assistent of verpleegkundige die iets niet kon vinden, maar hij duldde geen arrogantie, pesterij of onoprechtheid. Privézaken van John en Shirley kwamen nooit aan de orde, evenmin als hun visie en gedachten over geloof en religie. Samen met hun vier kinderen en kleinkinderen – waar wij geen weet van hadden – hebben zij beiden een onuitwisbaar stempel gezet op de wereld van de geneeskunde en vooral de anesthesiologie.

John merkte mij als jonge secretaris van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie voor het eerst op tijdens een Scandinavisch congres in 1983. Die vluchtige ontmoeting heeft mijn leven ingrijpend veranderd. In 1984 won de NVA de organisatie van het tiende wereldcongres 1992, mede dankzij John's stem en steun. De NVA heeft dankzij dat wereldcongres een indrukwekkend wetenschappelijk fonds opgebouwd waarin de invloed van John Zorab en de WFSA nog lang merkbaar zal zijn.

Tallose mensen over de hele wereld hebben veel aan John Zorab te danken. Zijn gedachtegoed 'hoe kan ik jou helpen jezelf te helpen' en zijn bereidheid altijd voor de ander klaar te staan ('service before self') zullen velen van ons in dierbare herinnering uitdragen.

*Namens de WFSA,  
Anneke E.E. Meursing, president*

*Baskett P, Simpson P, Carter J. Obituary John Stanley Mornington Zorab. Anaesthesia 2006; 61: 1024-5.*



## Benoeming

De Council van het Royal College of Anaesthetists heeft in London op 18 oktober 2006 tijdens een ceremoniële plechtigheid een Honorary Fellowship toegekend aan prof. Kox uit Münster en prof. Knappe uit Utrecht. Het Royal College verleende het fellowship aan prof. Knappe vanwege zijn verdiensten voor Anesthesiologie en voor Europa. Tijdens de ceremonie waarbij de toga van het Royal College werd gedragen, werd na het uitspreken van een laudatio door prof. Mirakhur door de president van het College, dr. Hulf, de oorkonde met het zegel overhandigd. De ceremonie werd bevestigd door het plaatsen van de traditionele handtekening in het archiefboek van het Royal College.

## Oratie

Prof.dr. Jozef Kesecioglu aanvaardt op 12 december 2006 zijn hoogleraarsambt aan de Universiteit van Utrecht met het uitspreken van zijn oratie 'Intensive Care: van zorg naar behandeling, leeftijd geen bezwaar'.

## Agenda

8-12 december 2006

### New York

60th Post Graduate Assembly in Anesthesiology (PGA)  
Inlichtingen: Kurt G. Becker, Executive Director, The New York State Society of Anesthesiologists Inc., 85 Fifth Avenue, 8th Floor, New York, New York 10003, USA

tel: 00 1 212 867 7140

fax: 00 1 212 867 7153

kurt@nyssa-pga.org

www.nyssa-pga.org

12 december 2006

### Utrecht

De oudere patiënt op de IC  
Inlichtingen: Organisatie en Congresbureau InterActie bv  
tel: 0318 693 501  
info@interactie.org  
www.interactie.org

14-15 december 2006

### Houten

VVA Cursus  
Polytrauma Rapid Echo-evaluation Program – Nederland (PREP-NL)  
Inlichtingen: Opleidingsinstituut Spoedeisende Geneeskunde VVAA  
tel: 030 634 6580  
info@osg-vvaa.nl  
www.osg-vvaa.nl

14-15 december 2006

### Groningen

Pain in dementia: new challenges  
Inlichtingen: Wenckebach Instituut  
tel: 050 361 1396  
paog@wenckebach.umcg.nl  
www.wenckebachinstituut.nl

28 januari 2007

### Grindelwald, Zwitserland

III Esra Winter Week 2007  
Inlichtingen: www.kenes.com/  
esrawinterweek

31 januari 2007

### Ede

NVIC intensivistendagen 2007  
Inlichtingen: NVIC  
tel: 0318 693 337  
post@nvc.nl  
www.nvic.nl

7-8-9 maart 2007

### Antwerpen

FEEA Cursus I  
Inlichtingen: mw.dr. J.J.M. Langemeijer  
tel: 030 228 6133  
midgh@netnet.nl

9 maart 2007

### Midden van het land

NANCHO II 2007  
Inlichtingen: NVA  
www.anesthesiologie.nl

14-15-16 maart 2007

### Antwerpen

FEEA Cursus II  
Inlichtingen: mw.dr. J.J.M. Langemeijer  
tel: 030 228 6133  
midgh@netnet.nl

15-18 april 2007

### Amsterdam

IAAS 7th International Congress on Ambulatory Surgery  
Inlichtingen: Congress Secretariat Conference Management Leersum  
tel: 0343 511 851  
www.iaascongress2007.org

10-11 mei 2007

### Maastricht

11e Anesthesiologendagen  
Inlichtingen: NVA, Postbus 20063, 3502 LB Utrecht  
tel: 030 282 3385  
fax: 030 288 2853  
nva@anesthesiologie.nl



13-16 mei 2007

### **Amsterdam**

15th World Congress on Disaster and  
Emergency Medicine

Inlichtingen: [www.wcdem2007.org](http://www.wcdem2007.org)

7-10 juni 2007

### **Berlijn**

Second International Congress on  
Neuropathic Pain

Inlichtingen:

[neuropathic@kenes.com](mailto:neuropathic@kenes.com)

[www.kenes.com/neuropathic](http://www.kenes.com/neuropathic)

9-12 juni 2007

### **München**

ESA-Euroanesthesia

[www.euroanesthesia.org](http://www.euroanesthesia.org)

14 juni 2007

### **Ede**

NVIC Traumacongres 2007

Inlichtingen: NVIC

tel: 0318 693 337

[post@nvic.nl](mailto:post@nvic.nl)

[www.nvic.nl](http://www.nvic.nl)

12-15 september 2007

### **Valencia**

ESRA XXVI Annual Congress on  
the European Society of Regional  
Anaesthesia & Pain Therapy

Inlichtingen: Congress Secretariat

tel: 00 41 22 908 0488

[esra2007@kenes.com](mailto:esra2007@kenes.com)

[www.kenes.com/esra/](http://www.kenes.com/esra/)

25-28 september 2007

### **Boedapest**

4th World Congress of the World  
Institute of Pain (WIP)

Inlichtingen: Secretariat & Congress  
Organizers

Kenes International

tel: 00 41 22 908 0488

[wip@kenes.com](mailto:wip@kenes.com)

[www.kenes.com/wip](http://www.kenes.com/wip)

17-19 januari 2008

### **Maastricht**

5th Congress Euroneuro 2008

Inlichtingen: Symposium Secretariat

tel: 0411 611 199

[info@euroneuro.eu](mailto:info@euroneuro.eu)

[www.euroneuro.eu](http://www.euroneuro.eu)

2-7 maart 2008

### **Kaapstad**

World Congress of Anaesthesia 2008  
(WCA)

[www.wca2008.com](http://www.wca2008.com)

**Zie voor de volledige  
congreskalender  
[www.anesthesiologie.nl](http://www.anesthesiologie.nl).**

#### **Centrale Cursus Anesthesiologie 2007**

**De CCA-cursussen worden in 2007 georganiseerd in de weken 44 en 45.**

#### **Examendata 2007**

##### **A-examen 2007**

vrijdag 9 maart

vrijdag 1 juni

vrijdag 7 september

vrijdag 7 december

##### **B-examen 2007**

vrijdag 9 maart

vrijdag 7 september

##### **C-examen 2007**

vrijdag 1 juni

vrijdag 7 december

##### **D-examen 2007 (mondeling)**

vrijdag 8 juni

vrijdag 14 december

Voor meer informatie en inschrijving kijk op de website: [www.anesthesiologie.nl](http://www.anesthesiologie.nl).

## Colofon

### **Redactieraad**

A.T. van Rheineck Leyssius

M. Bijkerk

J. Klein

C.J. van Oort

S.A.B. Gijtenbeek

### **Bureauredactie**

J. Quadekker

### **Druk**

van wijland bv, laren

De NVA Nieuwsbrief is een officieel  
orgaan van de Nederlandse Vereniging  
voor Anesthesiologie en wordt maximaal  
zesmaal per jaar gratis aan de leden  
toegestuurd.

**Deadline inzenden kopij voor  
Nieuwsbrief jaargang 8 nr. 3:  
1 januari 2007**

### **Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie**

opgericht 24 januari 1948

### **Bureau NVA**

Lomanlaan 103

3526 XD Utrecht

### **Correspondentieadres**

Postbus 20063

3502 LB Utrecht

### **Telefoon**

030 282 3385 Algemeen nummer

030 282 3855

Patricia Liem

030 282 3385

Janine Spruit

030 282 3270

Sandra Gijtenbeek

030 282 3880

Marjolein Swinkels

### **Fax**

030 288 1853

### **E-mail:**

[nva@anesthesiologie.nl](mailto:nva@anesthesiologie.nl)

### **Website**

[www.anesthesiologie.nl](http://www.anesthesiologie.nl)

