**NOTULEN ALGEMENE LEDENVERGADERING**

**23 MAART 2018**

**NEDERLANDSE VERENIGING VOOR KINDERCHIRURGIE**

1. Opening. Van der Steeg houdt een pleidooi over meer aanwezigheid van de leden op de ALV. Als de notulen worden rondgestuurd wordt daarbij een brief gestuurd naar alle leden met de mededeling dat de opkomst laag was en er het bijwonen van de wetenschappelijke vergadering en de ALV voor alle leden belangrijk is.
2. Mededelingen bestuur. De Ridder en Tytgat opteren voor nog een bestuursperiode van drie jaar. Hulscher wordt vice-voorzitter en daarmee als Van der Steeg aftreedt voorzitter.

Zwaveling: de samenstelling van het bestuur is onevenredig verdeeld over de centra - er zijn centra niet vertegenwoordigd terwijl andere centra met drie leden vertegenwoordigd zijn. Reactie bestuur: dit is het gevolg van verhuizing van bestuursleden naar andere centra. De zittende bestuursleden kunnen statutair op deze wijze herbenoemd worden. In maart 2019 komt er een nieuwe functie vacant (Van der Steeg treedt af en Hulscher schuift door)- dan volgt de formele sollicitatie procedure. We begrijpen waar het sentiment vandaan komt - maar als bestuur zijn we er voor alle leden en alle centra.

1. Financiën. De vereniging heeft een (te?) groot eigen vermogen, hetgeen zelfs kan leiden tot een onverwachte belastingaanslag. Het bestuur heeft een aantal gedachten om het vermogen te laten renderen maar ook om het te gebruiken, De Ridder is dat aan het inventariseren, ook de eventuele noodzaak tot een accountantsverklaring. Daarvoor volgt op de volgende ALV een meer uitgewerkt voorstel met plannen voor stimuleren van de wetenschap, bijvoorbeeld een onderzoeker dag en een wetenschapsprijs. Opleiding en onderwijs worden ook niet vergeten. Aan alle leden de oproep om suggesties bij het bestuur in te dienen. De kascommissie is akkoord.

Er is een overleg geweest met het Bureau van de NVVH over ledenadministratie en contributie. Samengevat: het Bureau heeft hier een nieuw programma voor en is bereid deze taken gratis over te nemen.

1. Kennisagenda/Leading the Change. Conform de andere subs is door de NVKC een kennisagenda opgesteld en geprioriteerd. De NVVH heeft met alle subs vervolgens een top 28 gemaakt als NVVH, waarvan drie vanuit de NKVC: complexe appendicitis, perioperatief antibiotica, opnamebeleid na HET. Met het oog op de ZonMW call ‘Leading the Change’ worden zes van bovengenoemde 28 gesteund, per sub 1. Voor de NVKC is gekozen voor complexe appendicitis. De NVVH krijgt er overigens max 1-2. In principe is alles wat op de kennisagenda staat te noemen bij subsidie aanvragen. De kennisagenda is overigens ook dynamische lijst, er komt een nieuwe ronde volgend jaar.
2. De enquête is al besproken bij wetenschappelijke vereniging – resultaten worden rondgestuurd zodat de getallen bij alle leden inclusief de perifere chirurgen bekend zijn. Deze enquête was inventariserend opgezet, er was ca 33% response met zeer wijde variatie. Als ziekenhuizen op basis van deze getallen problemen signaleren kunnen ze altijd bij de vereniging aankloppen voor advies.
3. Certificering. Korte samenvatting door Van der Steeg over reglementen, reeds al besproken bij wetenschappelijke vergadering. Hiermee stemt de ALV in met certificeringsreglement kinderchirurgie en chirurgie bij kinderen. Bas Verhoeven: voor assistenten - zorg voor overleg tussen opleider heelkunde, opleider kinderchirurgie en perifere opleider omdat stage kinderchirurgie drie maanden alleen in de laatste fase 4e jaar mag en je dan nog drie maanden ergens anders moet doen om de 6 maanden te halen (dus dan drie maanden uit andere differentiatie hetgeen goed afgestemd moet worden)
4. Normering 7.0 tabel Bonjer. Inguino-scrotale chirurgie moet naar niveau 2 want genormeerd, dus moet dat door gecertificeerde chirurg uitgevoerd worden. Ander punt: moet de acute buik bij kinderen onder de vijf jaar naar een kinderchirurgisch centrum? Na enige discussie wordt door de vergadering besloten deze in zijn geheel (dus zonder onderverdeling in leeftijd) te verplaatsen naar niveau 2 in Bonjer: dus door gecertificeerd chirurg bij kinderen, die hebben namelijk een op kinderen toegericht ziekenhuis en een korte lijn met de kinderchirurgische centra. Dan lift je daarnaast ook mee met de categorieën binnen de kinderanesthesie

.

1. DICA/EPSA. Hulscher geeft toelichting aan de hand van de rondgestuurde notulen van de vergadering 8/2/2018. Samenvattend gaat het om het besef dat DICA/EPSA geen politiek vehikel is maar een middel om 1) benchmarking met het oog op kwaliteitsverbetering, 2) het genereren van data voor research, 3) het leveren van getallen voor de centralisatie. Het DICA/EPSA bestuur realiseert zich dat transparantie hierin is essentieel en dient dan ook bevorderd te worden. Daarnaast zijn in alle indicatoren sets ingrijpende wijzigingen aangebracht – DICA/EPSA is deze aan het verwerken. Stefaan Tytgat: die cyclus duurt een jaar – dus pas in 2019? Hulscher: nee, DICA is bezig deze tussendoor aan te passen, termijn nog niet bekend. Zal DICA mailen met de vraag wanneer men denkt de aanpassingen doorgevoerd te hebben – dat antwoord komt mee met de notulen.
2. Expertise centra. De toekenning van de Expertise Centra heeft geleid tot veel discussie en veel vragen. Deze sentimenten zijn begrijpelijk. Als bestuur willen we er alles aan doen om deze discussie zo transparant mogelijk te houden. Daarom heeft het bestuur een brief geschreven naar het beoordeling comité van de Expertise Centra met de vraag welke criteria (kwantitatief en/of kwalitatief) er ten grondslag liggen aan de beoordeling door de referenten en de commissie. Aanspreekpunt daarvoor is mevr N. Bovy – v/d Lugt uit Nijmegen. Zodra het antwoord op deze brief binnen is zal dit met de vereniging gedeeld worden.
3. 1. Opleiding: Van Baren (via Van der Steeg): De OAC heeft zich de afgelopen jaren o.a. bezig gehouden met opstellen en doorvoeren (via alle geëigende gremia) van eindtermen kinderchirurgie en chirurgie bij kinderen in SCHERP 2.0, hetgeen ook binnen het Concilium nog steeds een zeer stroperig proces is. Ik heb daar de laatste Conciliumdag een korte presentatie over gegeven. Alles gaat zo traag, dat de eindtermen voor SCHERP 2.0 eigenlijk al weer aanpassingen behoeven, gezien de veranderingen in steeds meer differentiërend chirurgisch NL. Maar zoals door het CC-bestuur gezegd tijdens de Conciliumdag: "SCHERP is nooit af"

2. Complicatie registratie commissie. Bruggink: doel is een eenduidigere classificatie complicaties via digitaal systeem (ontwikkeld door Jan Blankensteijn), dat uiteindelijk achter alle EPD’s gehangen kunnen worden. Vanuit alle subs zit een vertegenwoordiger in de commissie. Deze registratie moet ook gekoppeld worden aan DICA registraties . Dit is allemaal vrij lastig. Vraag: 1) staan wij als NVKC er achter dat dit door ontwikkeld wordt, en 2) dat dit gekoppeld wordt aan DICA, en 3) wie zou de lijst complicaties willen controleren met JB. De vergadering staat hier achter, Bas Verhoeven en Christien Sleeboom lezen met Bruggink mee. Er wordt op overkoepelend niveau (federaties, ministerie) met de ziekenhuizen en EPD bouwers overlegd hoe dit te realiseren.

3.Congrescie/chirurgendagen: Michael Lecture door Todd Ponsky, komt woensdagmiddag en gaat zaterdag weer weg. Dineert woensdag mee met bestuur NVVH, donderdag met NVKC, donderdag overdag is dus nog open - regelt Zijp. vrijdagochtend symposium fracturen bij kinderen. Richtlijnen: fracturen, appendicitis en liesbreuken gaan goed. Allema: Vrijdagmiddag 22 juni lustrum SHK, komt v As (traumachirurg uit Kaapstad)

1. Verslag: goedgekeurd.
2. Rondvraag: najaarsvergadering wellicht (perifeer) woensdag 14 november in Beverwijk. Onder voorbehoud. CASH ervoor of er na. Ramon: CASH nu winstgevend - was hiervoor ook wel eens verliesdraaiend. Niet de bedoeling winst te draaien over de rug van de assistenten. JHA: Enquête femurfracturen, volgende week in de vereniging. PS: colorectal 6-8 december. Levitt 4-5 wel in NL voor lastige gevallen. Afscheid v/d Zee: 6-7 sept symposium over minimaal invasieve chirurgie. ST stuurt iets wervende mee met de notulen. PS: een keer combineren met chirurgendagen om hogere opkomst te krijgen. Lastig met besluitvormende ALV’s. Locatie scheelt ook, is nu roulerend, geeft dan ook beeld van lokaal onderzoek. Zou kunnen kiezen om kinderchirurgie te rouleren en chir bij kinderen centraal te houden. ST: middagdeel goed georganiseerd.