

Verslag ISBI congres Singapore

**Jantien
Blanken-
Spindler**

Van 6 tot 10 september 1992 werd door de International Society for Burn Injuries de "Second International Burns Nursing and Rehabilitation Conference" gehouden. De congressen van de ISBI worden om de 4 jaar (1986, 1990, 1994) gehouden. In 1986 is besloten voor de verpleegkundigen en paramedici in de tussenliggende jaren aparte samenkomsten te organiseren. Het eerste verpleegkundig en revalidatie congres werd in 1988 in Londen gehouden. Het tweede nu dus in Singapore, in het luxueuze Mandarin Hotel. Mrs. Janet A. Marvin RN.MN., director of nursing en voorzitter van het congres vertelde in haar openingswoord dat er 105 deelnemers geregistreerd waren uit 19 verschillende landen. Hierbij waren 16 Nederlanders. Mrs. Marvin legde er de nadruk op, dat het de bedoeling was elkaar te informeren en van elkaar te leren. Gezien het aantal deelnemers zou het geheel informeel kunnen verlopen. Het oorspronkelijke plan om voor verpleegkunde en revalidatie gescheiden sessies te houden, werd niet geëffectueerd; ook werden geen groepssessies of postersessies gehouden. Alle voordrachten werden plenair gegeven.

Helaas waren de congresfaciliteiten beperkt. De zaal was zo ingericht dat op de achterste rijen de deelnemers met het (vaak haastig zelf aangeschafte) schrijfpapier op schoot zaten te schrijven. De afstandsbediening van de diaprojector liet het regelmatig afweten, zodat meestal een congresdeelnemer achter de knoppen stond. Een ander aspect waarmee de meeste deelnemers ook geen rekening gehouden hadden was de intensieve airconditioning. Dit resulteerde in kippevel, verkouden neuzen, pijnlijke kelen en de aanschaf van kleding met lange mouwen. Gelukkig kon men tijdens de

lunchpauze even opwarmen buiten het hotel.

De lezingen waren gegroepeerd rond een groot aantal onderwerpen:

- lichamelijke en psycho-sociale aspecten
- wondgenezing en littekenvorming
- vroege mobilisatie
- spalken
- verzorging van patiënten thuis
- preventie van brandwonden
- opleiding van het brandwondenteam
- administratieve aspecten
- infectiebestrijding
- pijn bij brandwonden
- een "rest"-groep

De verdeling van de lezingen naar land van herkomst was als volgt: USA: 26, Israël: 6, Australië, België, Canada, Engeland en Nederland: 4, Denemarken en Thailand: 2, Oostenrijk en Singapore: 1. Uitgevallen lezingen: 9.

Per onderwerp was meestal een dagdeel beschikbaar. Een inleider had een lezing van één uur om het onderwerp aan te geven. Hierop aansluitend volgden enkele lezingen van 15 minuten.

In dit verslag wil ik mij beperken tot onderdelen die door inhoud of presentatie speciale aandacht verdienen.

Lichamelijke en psycho-sociale aspecten

In zijn inleidende lezing noemde David Patterson, PhD, Seattle USA, een incidentiecijfer van 60.000 ziekenhuisopnames voor brandwonden in de USA. Er zijn hier 120 brandwondencentra. In grote lijnen komen incidentiecijfers overeen met die uit andere landen, uitschieters ontstaan door specifieke culturele verschijnselen en andere leefwijzen. B.v. in de grote steden in de USA ontstaan veel contactverbrandingen bij het invallen van kouder weer, als daklozen warmte zoeken bij verwarmingsbuizen, uitlaten e.d.

Uit literatuuronderzoek bleek dat aangegeven wordt dat 25-75% van de brandwondpatiënten voor het ongeval al een psychiatrisch ziektebeeld had. Het totale ziekteverloop is afhankelijk van de lichamelijke en psychosociale conditie vóór het ongeval, eventuele complicaties tijdens de ziekenhuisopname en de mogelijkheden voor aanpassing na ontslag. 50-60% van de brandwondpatiënten zou na genezing een verandering van werkkring nodig hebben. Daarbij is de ernst van de brandwond geen graadmeter voor een eventuele latere psychische problematiek. In een voordracht over de optimale belasting van een patiënt tijdens lichamelijke oefeningen gaf hij aan dat deze belasting zich moeten bevinden tussen overbelasting en verveling. Om een juiste afstemming te vinden past hij de volgende regels toe:

- gedurende drie dagen oefenen tot de patiënt moe is.
- neem van dit gemiddelde 80% als begin-belasting.
- verhoog de belasting iedere dag met 5%.
- bij overbelasting, opnieuw beginnen bij de laatste succesvolle hoeveelheid belasting.

Hierop aansluitend gaf Ozi van Straten, een fysiotherapeute uit Israël, voorbeelden van oefeningen die zij bij handverbrandingen laat uitvoeren. Essentieel voor deze oefeningen was dat deze naast effectief voor de handicap, ook interessant waren en een geestelijke uitdaging voor de patiënt. Zij maakt veel gebruik van spelletjes (Rubic) waarbij naast de spieroefening van het (aangepaste) blokjes of ringetje pakken ook het puzzelen een aspect was. Voor kleine kinderen maakt zij b.v. vingertoppoppetjes (konijntjes) die een mini-worteltje uit de handpalm moesten opeten (zie foto).

In dit dagdeel was ook een boeiende lezing van Miss. Tosingha, RN.MSN. uit Thailand over de body image van



Ozi van Straten demonstreert haar "vingerkonijntje".

brandwondenpatiënten. het belang van "ability to be what we want to be". Haar dia's van patiënten werden afgewisseld met foto's van de laatste Miss Universe verkiezing in Bangkok.

In deze oosterse samenleving wordt erg veel waarde gehecht aan een goed uiterlijk. Bij ongeveer 15% van de patiënten bestaat na het ongeval neiging tot suicide. Ook blijkt de familie wel de patiënt sterk te steunen maar vaak grote problemen te hebben met de uiterlijke veranderingen.

Wondgenezing en littekenvorming

Mrs. Carole Johnson, PT, PhD. mede-organisator van het congres en vice-voorzitter hield een inleiding over algemene aspecten van de wondgenezing. Omdat zij dit in principe bekend achtte, probeerde zij door het stellen van vragen de toehoorders actief erbij te betrekken. Zo bleek bij vragen over wondbehandeling dat moderne wondbedekkers als hydrocolloïden, alginaten en hydrogels maar beperkte

bekendheid genoten. De werkers in de "brandwondenwereld" lijken erg geconsentreerd op het eigen specialisme en weinig contact te hebben met de in de USA toch hoogstaande ET en woundcare. Ook kwam hierbij duidelijk naar voren dat de ingestelde behandelingen onderling sterk konden verschillen.

Het zwart-geel-rood classificatiemodel werd wel door Mrs. Johnson aangehaald, volgens haar ontwikkeld door de Amerikaanse firma Marion in 1988. Als rechtgeaarde WCS-er kon ik er dus niet onderuit aan te geven dat de WCS dit model al in 1984 ontwikkeld had.

Het verschil tussen wondcontractie (verkleining van het wondoppervlak door naar het centrum van de wond samentrekken van de wondranden) en contractuur (samentrekken van littekenweefsel) werd aangegeven. Ook werden de algemene factoren die de wondgenezing beïnvloeden genoemd. Met name roken (vermindert de hechting tussen dermis en epidermis) en ouderdom zijn genezing vertragende factoren. Een serie van drie aansluitende lezingen over het gebruik van siliconen bij hypertrofische littekens en littekencontracturen door een team van de Universiteit van Leuven (zie ook WCS-Nieuws 1992-III) gaf een duidelijke uitleg van nieuwe mogelijkheden op dit gebied.

Een Australische ergotherapeute liet in een volgende lezing zien hoe drukkleiding toch heel aantrekkelijk eruit kan zien (zie foto) door gebruik van elastisch kant en applicatie van kleurige lycra stof. In de pauze kreeg deze stand hierdoor veel belangstelling. (Helaas waren maar 3 verschillende firma's vertegenwoordigd, 2 drukkleiding, Jobst en Secund Skin, en ConvaTec).

De eerste dag werd afgesloten met een lezing van Marloes v.d. Hulsbeek, ergotherapeute in het Brandwondencentrum Beverwijk over de vroege behandeling van hypertrofische littekens met interim drukkleiding. Deze zachte en soepele drukkleiding kan



Drukkleding "versierd" met elastisch kant en applicaties

toegepast worden over pas genezen brandwonden, als de epitheellaag nog erg kwetsbaar is. De vroege toepassing heeft waarschijnlijk ook een preventieve werking op het ontstaan van hypertrofische littekens.

Vroege mobilisatie

Mrs. Finlay uit Brisbane, Australië, leidde dit onderwerp in met een literatuuroverzicht van de revascularisatie en de take van Split Skin Grafts en Full Thickness Grafts. De eerste 24 tot 48 uur daalt de enzymactiviteit van de graft. Hierna begint de revascularisatie van host naar graft en mogelijk omgekeerd, waarop de enzymactiviteit zich herstelt. Tenslotte ontstaan anastomosen tussen de graftvaatjes en de ingegroeide capillairen. FTS blijken meer en langer afhankelijk te zijn van de hostvaten en voeding vanuit het wondvocht, bij SSG vindt makkelijker en beter ingroei plaats. Een rechtopstaande houding heeft effect op de huidtemperatuur (afkoeling), bloedstroom (vermindering) en vasoconstrictie). De intravasculaire bloeddruk kan stijgen waardoor thrombusjes aan het einde van de bloedvaten in de wond kunnen openbarsten en een haematoom onder de graft kan ontstaan. Schuifkrachten kunnen het fibrinebed tussen host en graft, waarin zich de uitgroeiende capillairen bevinden, verbreken. Dit kan ook bloedingen veroorzaken. Meshgrafts blijken hierbij minder kwetsbaar dan full sheet grafts. Bij vroege mobilisatie van patiënten die aan de benen getransplanteerd zijn wordt daarom algemeen een drukverband aangelegd. In de engels georiënteerde landen wordt nog veel gebruik gemaakt van de hier klassieke "Unnaboot". Dit is een zwachtel, geïmpregneerd met o.a. zinkoxyde, die na aanbrengen het effect heeft van een stevige, op dun gips gelijkende laars, die meerdere dagen blijft zitten. Aangetekend wordt nog: mobiliseren betekent lopen, niet bengelen of stilstaan. In de literatuur wordt veelal het

percentage "take" vergeleken. Er blijkt echter geen duidelijke standaardomschrijving te zijn voor wat onder "take" wordt verstaan. Opvallend was dat, hoewel de factor ouderdom i.h.a. vertragende invloed heeft op het genezingsproces van wonden, dit negatieve effect op de grafttake niet werd teruggevonden.

Spalken

Griet v. Veldhoven uit Leuven vertelde over het ontwerpen van spalken voor zowel positioneren als druk. Hierbij geldt voor haar dat een opleiding in dit vakgebied van belang is maar het kunnen maken van een goede spalk afhangt van andere factoren: creatief kunnen omgaan met de materialen die tot je beschikking staan, nooit tevreden zijn met wat je hebt gemaakt of bereikt, steeds weer opnieuw luisteren naar de patiënt, goede samenwerking met de chirurg. In het begin van haar werken met spalken werd door haar alles gefotografeerd, opgeschreven wat goed/slecht zou kunnen zijn en steeds weer geëvalueerd.

Verzorging van patiënten thuis

Ann Forshaw, RN, uit Manchester (ook Regional Representative van de WCS in Engeland) hield een bewogen verhaal over haar "levenswerk": het ontstaan en de opbouw van het kinderbrandwondencentrum in Manchester. Na een eigen ervaring met een ernstige zieke zoon kwam zij tot de overtuiging dat de ouders minstens evenveel begeleiding nodig hebben als het patiëntje zelf. Uitspraken van haar waren: if we save lives, we must make them worth living; a wound of the body is a wound of the mind. Zij trok fel van leer tegen het ongelimiteerde gebruik van anti-bacteriële middelen. Als enige noemde zij bij alle getoonde patiëntendia's de kinderen bij de naam.

Preventie van brandwonden

Mrs. Marvin vertelde over brand(wond)preventieprogramma's

in o.a. Texas. Veel nadruk werd in de eerste plaats gelegd op het belang van wettelijke richtlijnen voor het gebruik (smoke-detectors) en beveiliging van producten en aansluitend het belang van educatie. Als doelgroepen werden genoemd: werkers in risicobedrijven, ouders van kleine kinderen, schoolkinderen, teenagers, bejaarde. Samenwerking met de plaatselijke brandweer werd bevorderd. Door dit totaal van maatregelen zou b.v. het aantal huisbranden en het aantal dodelijke ongevallen hierbij gedaald zijn. Kirsten Rosendal uit Kopenhagen sloot hierop aan met informatie over het onverwacht sterk gestegen aantal brandwondongevallen t.g.v. vuurwerk rond de jaarwisseling '91-'92 bij m.n. jongens in schoolleeftijd. Deze kinderen werden zoveel mogelijk op één zaal bij elkaar verpleegd, en later ook gezamenlijk begeleid.

Opleiding van het brandwondenteam

Karin Winn van de universiteit van Alabama heeft meegewerkt aan een inventarisatie van de opleidingen op het gebied van brandwondverpleegkunde in de USA. Hierbij bleek dat voor brandwondspecialisatie geen bepaald certificaat (diploma) behaald kan worden, zoals wel voor o.a. intensive care en spoedeisende hulp mogelijk is. Uit een onderzoek bij 140 brandwondencentra in de USA bleken grote verschillen te bestaan in vereiste vooropleiding, inhoud en duur van de theoretische opleiding. Ook de praktijkopleiding varieert enorm in duur en intensiviteit. Mrs. Sadowski vertelde over haar regionale seminars van 2 dagen. Zij trekt de USA door met een twee daags programma voor alle niveaus van verpleegkundigen en verzorgenden en paramedisch beroepsgroepen, waaronder fysiotherapeuten en ergotherapeuten. Van deze doelgroep bleek ruim de helft minder dan 2 jaar ervaring in brandwondbehandeling te hebben, maar wel ermee geconfronteerd te zijn.

Administratieve aspecten

Mrs. Goodwin, Nova Scotia, Canada besprak het initiatief om te komen tot een goede eerste hulp/behandeling van de brandwondpatiënt door ambulancepersoneel. Dit ziekenhuis is het enige op dit grote eiland waar patiënten met brandwonden verpleegd worden. De maximale reisduur (per ambulance) bedraagt 6 uur. Deze tijd is zo lang dat het ambulancepersoneel bij grote verbrandingen moet beginnen met behandelingen gericht op het in stand houden van een goede circulatie en ademhaling. Hiertoe zijn gedetailleerde formulieren opgesteld voor kinderen en voor volwassenen. De vragen en richtlijnen hebben betrekking op personalia, de beginbehandeling, bepaling TVLO, uitslagen van basistests en benodigde informatie voor transport. De formulieren zijn zeer positief ontvangen en blijken goed gebruikt te worden. Een duidelijke verbetering is merkbaar in de eerste behandeling van brandwondpatiënten die opgenomen worden indien de formulieren gebruikt zijn. Daarnaast voorzien zij in de grote behoefte aan informatie bij het ambulancepersoneel. Nancy Molter uit Houston gaf uitleg over een model voor berekening van de werklust op een brandwondencentrum. De patiënten worden geclassificeerd naar o.a. intensiviteit van verpleging (beademing, infuzen, mogelijkheden van zelfzorg) met een bepaalde puntentoeslag voor brandwondverpleegactiviteiten, b.v. verbandwisselingen. De diverse aspecten worden gewaardeerd met punten, waarbij 1 punt = 7,5 minuten arbeidsduur. Na berekening geeft dit aan wat de behoefte is aan de diverse niveaus verpleegkundigen per dagdeel. Daar zij in een militair hospitaal werkt, kan van de verpleegkundigen gevraagd worden bij hoge werkdruk langer te werken (soms tot 60 uur per week!). In een rustiger periode wordt deze tijd zo mogelijk teruggegeven. Mrs. Rutan uit Galveston USA

informeerde de toehoorders over de integratie van computerregistratiesystemen in de patiëntenzorg. Zoals te verwachten was de acceptatie van deze systemen groter naarmate de verpleegkundige jonger en hoger opgeleid was. Als voorwaarde voor acceptatie werd aangegeven dat de gebruikers vanaf het prille begin worden geïnformeerd over en betrokken bij de ontwikkelingen.

Infectiebeheersing

In zijn inleidende lezing beschreef Albert McManus, PhD, met behulp van grafieken de ervaringen betreffende de incidentie en preventie van sepsis vóór en na een verbouwing van de verpleegafdeling van brandwondpatiënten, waarbij isolatie als belangrijkste verandering aangegeven werd. Conclusie was dat isolatie van brandwondpatiënten essentieel was voor preventie van infecties/sepsis. Een vraag naar toepassing van Selectieve Darm Decontaminatie ter voorkoming van endogene infecties werd afgedaan als zou deze behandeling onplezierig zijn voor de patiënt en niets toevoegen aan de besproken isolatieresultaten. Werlberger uit Innsbruck, Oostenrijk, besprak het gebruik van zilvernitraat 10% bij heetwaterverbrandingen bij kinderen. De kans op shock daalt door sealing van de wondkorst, de pijn vermindert en er zijn geen pijnlijke verbandwisselingen. Dit verhaal riep nogal wat vragen op, die helaas door taalproblemen niet duidelijk beantwoord konden worden. Deze spreker toonde veel belangstelling voor donorhuid en vroeg om toezending van duitstalige informatie. Carla Narold, Brandwondencentrum Beverwijk, besprak het gebruik van en de ervaringen met Mepitel als fixatiemiddel van huidtransplantaten bij kleinere brandwonden. Dit gesiliconeerde gaasachtige verband hecht alleen aan intacte huid en niet aan het wondbed. Door de gaatjes kan wondvocht in het secundaire bedekkende verband opgenomen

worden of kunnen eventuele medicamenten op de wond aangebracht worden. Bij de niet pijnlijke verbandwisseling wordt alleen het bedekkende verband verwisseld, de Mepitel kan blijven zitten tot het transplantaat aangeslagen is. Hierdoor wordt het gebruik van staples of huidlijm voorkomen.

Ann Forshaw, Manchester, gaf uitleg over het belang van een vochtig wondmilieu te bereiken werd het gebruik van hydrocolloïden besproken met de andere voordelen van dit product. Hierbij kwam met name ook de enorme tijdwinst door makkelijker en minder frequente verbandwisseling aan de orde.

Pijn bij brandwonden

Janet Marvin leidde dit onderwerp in. Het is heel moeilijk pijn objectief te beoordelen: hoe je naar een patiënt met pijn kijkt, hangt af van je eigen pijnbeleving. Bij goede pijnbestrijding spelen zeer veel aspecten een rol; zowel bij de patiënt als bij de behandelaar. Uitgangspunt voor de beoordeling van de pijn is de pijnbeleving van de patiënt. Hiervoor zijn verschillende schalen ontwikkeld, waarop de patiënt de pijnwaarde kan aangeven. (zie ook WCS-Nieuws 1991-4, blz. 15-25). Veel belang hechtte de sprekerster in dit kader aan een relatie van onderling vertrouwen tussen patiënt en verpleegkundige. In een volgende lezing namens Miss. Montgomery besprak zij ook de sleutelrol van de verpleegkunde bij de pijnbestrijding. Deze ziet de patiënt voortdurend. Zij moet goed op de hoogte zijn van de werking en de werkingsduur van gebruikte middelen. De indicatie (regelmaat in de vaste dosis voor bestrijding van de "background" pijn en hogere dosis van een kortwerkend middel voor acute pijn). Positief beïnvloedende factoren moeten bevorderd worden, zoals informatie (ook van familie), rust en de keuze van eventuele muziek tijdens behandelingen. Bij dit dagdeel werd ook over jeuk gesproken. Verna Cain, Seattle USA, gaf aan dat bij 80% van de

patiënten jeuk van brandwondlittekens een probleem is. De aantallen remedies zijn legio: diverse medicijnen en zalven. Er bestaat geen specifieke behandeling. Resultaat van een enquête onder patiënten: Last hebben van jeuk: 9% zelden, 28% incidenteel, 40% vaak, 23% bijna altijd. Deze cijfers zijn gelijk voor kinderen en volwassenen. Iedereen gebruikt vochtinbrengende crèmes, koele baden en sedativa werden als 2e en 3e meest gebruikte remedie genoemd. Nagenoeg iedere patiënt zocht zijn heil bij combinatie van therapiën, omdat in 60% van de gevallen geen aanhoudend effect van het middel verkregen werd. Zij vroeg zich af of jeuk na brandwonden een universeel verschijnsel is en of iemand een effectieve behandeling kende. De eerste vraag werd alom bevestigend beantwoord, de tweede vraag helaas ontkennend. Hennie Schouten, fysiotherapeut Brandwondencentrum Beverwijk gaf uitleg over de werking van T.E.N.S. en de mogelijke effecten op jeuk bij brandwonden. De NBS ondersteunt een onderzoek naar deze behandeling van jeuk.

Een "rest"-groep

Gitte Allerslev uit Denemarken herhaalde een lezing van 4 jaar geleden over de voeding van brandwondpatiënten. Meteen na opname wordt begonnen met drinken. Alle patiënten, slechts enkele uitgezonderd, zijn in staat normaal te eten en te drinken, ongeacht de grootte van de brandwond. Speciale formules worden gehanteerd voor de hoeveelheden calorieën en vocht. Voor en nadelen van orale voeding werden besproken, alsmede de consequenties voor de patiënt. Men heeft hier het beleid de patiënt 's nachts rust te gunnen en niet met eten en/of drinken lastig te vallen. Motto in dit centrum: Voedsel en drank is medicijn?

Deze lezing was toen aanleiding voor het Brandwondenteam in Groningen ook met vroege orale voeding te starten. Ina Wester-Boerma, Brandwondencentrum Groningen, gaf aan welke

consequenties deze behandeling heeft voor de verpleegkundige en de patiënt. Het belang dat de patiënt goed begrijpt wat de reden is van het dieet en gemotiveerd wordt en blijft om alles op te eten en op te drinken.

Deze behandeling, die de werking van het maag-darmkanaal optimaal houdt, samen met de SDD, heeft tot resultaat een sterk verminderde morbiditeit van de patiënt.

Mrs. Seepakdee uit Bangkok, Thailand, gaf cijfers over de opgenomen patiënten in hun brandwondencentrum. In 5 jaar werden hier 433 patiënten verpleegd, waarvan 70% mannen; in 35% van de gevallen lag de leeftijd tussen de 21 en 40 jaar. Bij 50% was het ongeval veroorzaakt door vuur, ruim de helft van de patiënten had een TVLO van meer dan 30%. Het percentage mortaliteit was 20%, waarbij meestal wondsepsis leidend tot orgaanfalen de oorzaak was. Indien er onvoldoende eigenhuid resteerde voor transplantatie van de wonden, werd met goed resultaat gebruik gemaakt van biologische wondbedekkers: in glycerol 98% geconserveerde amnionvliezen. Er wordt onderzoek gedaan naar de invloed van glycerol op de afstotingsreactie. Ook dit centrum begon zo vroeg mogelijk met orale voeding.

Karen Price, Toronto, Canada, toonde met behulp van dia's de mogelijkheden van tissue-expansie en de consequenties die dit heeft voor het kind en de familie. Vele reacties uit de zaal gaven alternatieven om negatieve gevolgen als pijn en schoolverzuim te voorkomen of verminderen. Pijn werd bestreden door de kinderen een nacht op te nemen, goede pijnbestrijding te geven en gedurende die nacht via een infuuspompje de expansieballon heel langzaam bij te vullen. Verder werd de insteekopening van het reservoir soms buiten het lichaam gehouden, om herhaalde vervelende injecties te voorkomen. Toepassing van de expansie tijdens schoolvakanties werd ook een goede oplossing gevonden.

Als afsluiting van het congres bestond nog de mogelijkheid het Brandwondencentrum van Singapore te bezoeken. Voor mij was dit bezoek van belang, omdat hieraan ook een huidbank verbonden zou zijn. Helaas was er niemand aanwezig die mij meer informatie kon geven dan dat er soms gebruik gemaakt werd van varkenshuid en incidenteel keratinocytenkweken.

Uit dit overzicht blijkt wel hoeveel verschillende onderwerpen tijdens het congres aan de orde gekomen zijn en hoe verschillend over sommige behandelingen en methoden gedacht wordt. Toch was ondanks alle diversiteit duidelijk te merken dat iedereen zich heel betrokken voelt en streeft naar een optimale behandeling, verpleging en revalidatie van de brandwondpatiënt, waarbij de aandacht voor de begeleiding van patiënt en familie door een brandwondenteam als een rode draad overal doorliep.

Naast de tijd die aan het congres besteed werd, bleef gelukkig ook nog enige tijd, m.n. de avonden, beschikbaar om van het tropische Singapore te genieten.

Het deelnemen aan dit congres was voor mij een heel nieuwe en leerzame ervaring. Hoe intensief en vermoeiend het totaal was geweest, bleek na terugkeer in Nederland. Naast het herstellen van de jet-lag had haast iedereen wel een week nodig om alle verloren energie weer bij te tanken.