

Infusie

- 04** Behandeling colorectale kanker
- 10** Infusie sprak met:
dr. F. Thiessen, dr. E. Buelens & dr. J.P. Van Buyten
- 16** Tevredenheidsenquête huisartsen
- 23** Preoperatieve consultatie

12

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas



Jaargang 3 - nr. 12
december 2010 - januari - februari 2011
Driemaandelijks tijdschrift
Verantwoordelijke uitgever en afzender:
Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1 - 9100 Sint-Niklaas

INFUSIE is een uitgave van AZ Nikolaas vzw en wordt 4 maal per jaar verspreid met een oplage van 2150 exemplaren.

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER:

Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1
9100 Sint-Niklaas

REDACTIERAAD:

Dr. Marc Geboers
Koen Michiels
Natalie Nevelsteen
Dr. Francis Ruys
Inge Smet
Dr. Leo Verguts

WERKTEN MEE:

Dr. Wim Amelinckx
Dr. Erik Buelens
Mark Buts
Dr. Ines Deleu
Saskia Feyaerts
Dr. Wim Geyskens
Dr. Christine Franckx
Dr. Karline Schutyser
Dr. Charlotte Stolte
Dr. Frank Thiessen
Dr. Joke Thijs
Dr. Jean-Pierre Van Buyten

VORMGEVING:

Dienst communicatie AZ Nikolaas

ILLUSTRATIES:

Alex Deyaert
Natalie Nevelsteen
Dr. Francis Ruys
Stad Sint-Niklaas

Edito	3
Behandeling colorectale kanker: een multidisciplinaire uitdaging	4
Echografie voor locoregionale anesthesie: een grote stap voorwaarts	7
Wat als een baby veel huilt?	8
Infusie sprak met: dr. F. Thiessen, dr. E. Buelens & dr. J.P. Van Buyten	10
Patiëntveiligheid: Surgical Safety Checklist	15
Tevredenheidsenquête huisartsen anno 2010	16
Symposium Medisch Farmaceutisch Overleg Waasland	18
AZ Nikolaas op de loop	19
Pensioen dr. Luc Vanduffel	20
Dag Sint-Niklaas	21
Nieuwe uitdaging dr. Hendrik Delpoort	22
Preoperatieve consultatie	23
Stof tot nadenken	24

Editio



Uw dierbare vaste editoriaalschrijver heeft enkele maanden terug beslist in de toekomst mee te gaan schrijven aan een ander ziekenhuisverhaal en dit in een andere hoedanigheid, namelijk als algemeen directeur van het AZ Sint-Franciscus in Heusden-Zolder.

Het was in het jaar 2001 dat binnen het voormalige AZ Maria Middelaers werd beslist om het inzake de invulling van de functie van hoofdgeneesheer/medisch directeur over een andere boeg te gooien. Men vond dat in een steeds complexer wordende ziekenhuiscontext met een deeltijdse invulling van deze belangrijke functie het medisch korps en de medische organisatie te kort werd aangedaan en dit onafgezien van het engagement van generaties artsen die vroeger deze delicate functie wisten te combineren met een actieve klinische praktijk.

Na een zoektocht werd in de persoon van dr. Marc Geboers, cardioloog van opleiding, een eerste voltijds hoofdgeneesheer/medisch directeur aangetrokken. In het jaar 2001 was dit nog een rareiteit in het Vlaamse ziekenhuislandschap, daar waar het vandaag schering en inslag is geworden.

Met Marc binnen het ziekenhuismanagement werd gebouwd aan een weg om intern de medische ziekenhuiswerking te structureren, bijvoorbeeld door de samenwerking met de medische diensthoofden. Ook extern werd het ziekenhuis via een arts duidelijker zichtbaar. We slaagden erin om met de huisartsenvertegenwoordigers, die zich in die periode ook wisten te organiseren en te structureren via de koepel, op een systematische manier te overleggen. Ook in Brussel wist Marc het ziekenhuis te positioneren in een landschap dewelke meer en meer zou gebouwd worden op zogenaamde zorgprogramma's.

Toen in 2007 de beide ziekenhuizen opgingen in het AZ Nikolaas stond Marc Geboers samen met zijn collega dr. Leo Verguts (hoofdgeneesheer en radioloog van het voormalige AZ Waasland) voor de schier onoverkomelijke opdracht om decennialang concurrerende artsen en diensten in een samenwerkingsmodel te brengen. Na vier jaar kunnen we enkel vaststellen dat vele artsen ondertussen in een samenwerking zijn gestapt of daarvoor ondertussen de kiem werd gelegd! Parallel bouwde Marc intens mee aan de nieuwe diensten van het AZ Nikolaas, niet in het minst vermelden we hierbij de dienst Kinder- en Jeugdpsychiatrie en het Diabetescentrum.

Er blijft nog een weg te gaan om te spreken over een volledig geïntegreerd ziekenhuis en vermoedelijk is dit werk ook nooit af. Het is daarom ook jammer dat we samen de ingeslagen weg niet iets verder konden afleggen. Daartegenover staat een jarenlange puike en aangename samenwerking waarvoor we enkel dankbaar kunnen zijn. Marc, het ga je goed in Limburg!

Koen Michiels
Algemeen directeur

Behandeling colorectale kanker: een multidisciplinaire uitdaging

Colorectale kanker (CRC) is één van de meest voorkomende kankers in de industrielanden (hij staat zowel bij mannen als vrouwen in de top drie) en treft in België 7700 nieuwe patiënten per jaar. De afgelopen jaren is de behandeling ervan er sterk op vooruitgegaan dankzij betere beeldvormingstechnieken, operatiemethoden en doeltreffender antikankergeneesmiddelen. De dienst Oncologie organiseerde op 20 oktober 2010 het symposium 'Behandeling van colorectale kanker anno 2010: een multidisciplinaire uitdaging'.

Screening voor colorectale kanker: waar begint de huisarts en wat doet de specialist?

Dr. Bert Selleslags - huisarts

Leeftijd wordt beschouwd als de belangrijkste risicofactor. Vaak kent colorectale kanker een sluipend verloop zonder symptomen. Wanneer de eerste symptomen verschijnen is de kanker dikwijls al vergevorderd en kunnen er al metastasen aanwezig zijn. Screening is essentieel omdat door vroege detectie het aantal sterfgevallen kan gereduceerd worden. De huisarts heeft hierin een belangrijke rol. Door middel van familiale en persoonlijke anamnese (zijn er alarmsymptomen aanwezig?) moeten de risicofactoren bevestigd worden en het risico worden ingeschat dat bepalend is voor verdere testing.

- Bij **normaal risico** (negatieve anamnese) is het voldoende om bij patiënten van 50 - 74 jaar tweemaaljaarlijks faecaal occult bloedverlies op te sporen. De beste test is hier de guaiac FOBT (gFOBT) voornamelijk omwille van de kostprijs.
- Bij **licht verhoogd risico** (eerste graadsverwant met CRC > 60 jaar, twee of meer tweedegraadsverwanten met CRC) moet er een tweemaaljaarlijkse gFOBT uitgevoerd worden maar dan vanaf 40 jaar.
- In geval van **matig verhoogd risico** (eerste graadsverwant met CRC < 60 jaar; meerdere eerstegraadsverwanten met CRC) is een coloscopie noodzakelijk vanaf de leeftijd van 40 jaar; welke na 5 tot 10 jaar herhaald moet worden bij negatief resultaat.
- Bij **sterk verhoogd risico** (genetische vormen, persoonlijke antecedenten, CRR-poliepen, ziekte van Crohn, colitis, ulcerosa, acromegalie, Brickerreep) is directe doorverwijzing noodzakelijk.

Ook bij alarmsymptomen (RBPA zonder anale klachten, verandering stoelgangspatroon, valse stoelgangsnood) is coloscopie noodzakelijk, ongeacht de leeftijd.

Moderne beeldvorming van het rectum

Rectumcarcinomen nemen een specifieke plaats in ten gevolge van hun localisatie. Het rectum is gefixeerd in het kleine bekken met nabijheid van blaas, geslachtsorganen (kans op invasie) en sfincter. Het is belangrijk om na te gaan of sfinctersparende chi-

urgie mogelijk is. Op het moment van de diagnose gaat het in 44% van de gevallen om een gelokaliseerde tumor. In 40% is er reeds klieraantasting en in 16% zijn er metastasen op afstand. Ongeveer 50% kan curatief behandeld worden. Het is belangrijk om de exacte omvang te bepalen aan de hand van de TNM-classificatie omdat dit een invloed heeft op de therapie en de kans op overleving.

Actueel beschikt men hiervoor over twee mogelijke beeldvormingstechnieken.

• **Echo-endoscopie bij staging van het rectumcarcinoom** **Dr. Bénédicte Naessens - Digestieve oncologie - AZ Nikolaas**

Door middel van echo-endoscopie (EUS) kan de ingroei van de tumor in de verschillende lagen van het rectum met een accuraatheid van 80-85% bepaald worden (T-staging). De accuraatheid daalt wel met toenemend T-stadium.

- Bij lokale **T1-T2 tumoren** is echo-endoscopie superieur ten opzichte van MRI en dus de beste methode.
- Bij **T3 tumoren** is deze techniek gelijkwaardig ten opzichte van MRI doch is er geen beoordeling mogelijk van de circumferentiële resectiemarge (CRM) wat belangrijk is voor risico op lokaal recidief.
- Bij **T4 tumoren** is EUS inferieur ten opzichte van MRI.

Er is geen beoordeling mogelijk bij obstruerende tumoren. De accuraatheid van EUS bij N-staging bedraagt 70 - 75% en is gelijkwaardig ten opzichte van MRI. **Criteria** zijn: klieren groter dan 10 mm, uniforme hypo-echogeniciteit, afgeronde vorm en scherpe aflijning maar slechts 25 - 35% van de maligne lymfoduli voldoen aan de vier criteria. Er is wel een mogelijkheid tot FNA.

• **MRI bij staging van het rectumcarcinoom**

Dr. Wim Geyskens - Medische beeldvorming - AZ Nikolaas

Er is een matige accuraatheid in de bepaling van het T-stadium (MRI < EUS voor T1/T2; MRI > EUS voor advanced T3/T4). Er is een moeilijk onderscheid tussen een early T3 en T2 door desmoplastische reactie doch dit heeft weinig therapeutisch belang gezien in beide gevallen TEM (totale mesorectale excisie) wordt uitgevoerd. Veel belangrijker is de evaluatie van de CRM omdat dit de belangrijkste indicator is voor lokaal recidief risico. Wanneer de tumor op MRI minimum 5 mm van de mesorectale fascia verwijderd is, is er een goede veiligheidsmarge. MRI is zeer accuraat in het voorspellen van de tumorvrije resectierand. Identificatie van lymfekliermetastasen is nog steeds een diagnostisch probleem omdat de beoordeling gebeurt op basis van morfologische criteria (inhomogeen signaal, onregelmatige contour, grootte: 5 mm cutoff). MRI heeft een matige tot goede accuraatheid voor N-staging. In de toekomst kan functionele MRI (DWI) hier mogelijk een beter resultaat geven.

Chirurgie van CRC: wat nieuws onder de zon?

Prof. Dr. André D'Hoore - Abdominale heekunde - UZ Leuven

- **Transanale endoscopische microchirurgie (TEM)**

Via de anus wordt door middel van een endoscopische techniek een lokale excisie van de tumor uitgevoerd. **Voordelen** zijn: minimale peri-operatieve morbiditeit (kans op bloeding, anastomoselek), snel herstel, behoud van de sfincter, preservatie van darmfunctie en seksuele activiteit. Het **alternatief** is een **totale mesorectale excisie (TME)** via een laparotomie met aanzienlijke mortaliteit en morbiditeit waaronder een grote kans op stoma. In een onderzoek naar de kans op curatie van T1 rectumcarcinoom blijkt TEM veel veiliger dan TME en is de overleving niet verschillend. Na TEM is het lokaal recidiefpercentage wel hoger. Een mogelijke verklaring hiervoor is het feit dat door middel van deze techniek lokale lymfeklieren niet worden verwijderd. Resultaten kunnen verbeterd worden door verbeterde beeldvorming, TEM + lymfadenectomie, adjuvante en neo-adjuvante chemo-/radiotherapie.

- **Cytoreductieve chirurgie met hyperthermie**

Deze techniek wordt toegepast bij peritoneale carcinosarcomen van colorectale origine. Het is een langdurige ingreep waarbij eerst cytoreductieve chirurgie (stripping van het peritoneum) wordt uitgevoerd, gevolgd door HIPEC (Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie). Met behulp van een spoelsysteem worden de tumorresten op de peritoneale oppervlakken gedurende 90 minuten blootgesteld aan een hoge concentratie van een cytostaticum (mitomycine oxaliplatin) bij een intra-abdominale temperatuur van 40°- 42°. Resultaten van studies tonen een verlenging van de overlevingstijd.

Chemotherapie + targeted therapie: behandeling op maat van patiënt?

Dr. Willem Lybaert - Medische oncologie - AZ Nikolaas

Er zijn verschillende chemotherapieschema's mogelijk (o.a. 5-FU, mitomycine,...). Ook beschikt men nu over zogenaamde targeted therapie zoals bevacizumab (Avastin); een angiogeneseremmer die inwerkt op de bloedvaten van de tumor. Cetuximab (Erbix) en panitumumab (Vectibix) zijn monoklonale antilichamen gericht tegen het eiwit EGFR (van belang in de tumorigenese van darmkanker).

De verschillende behandelingsmethoden zijn:

- **Adjuvante behandeling:** postoperatieve toediening na chirurgie waarbij beoogd wordt om het hervalrisico te verminderen door in te werken op micrometastasen.
- **Neo-adjuvante therapie:** preoperatieve toediening met als doel de operabiliteit te vergemakkelijken en het hervalrisico te verminderen.

- **Pseudo-adjuvante behandeling:** postoperatieve toediening na verwijderen van metastase(n) om het hervalrisico te verminderen.
- **Palliatieve behandeling** bij inoperabele metastasen om levensverlenging te bieden en de levenskwaliteit te verbeteren.

Toediening gebeurt via poortkatheter en de patiënten worden steeds geëvalueerd tijdens het MOC (multidisciplinair oncologisch consult).

Aandachtspunten voor de huisarts bij de behandeling van CRC

Dr. Ines Deleu - Medische oncologie - AZ Nikolaas

- **Avastin:**

Avastin is een VEGF (vascular endothelial growth factor) inhibitor, gericht tegen vrije VEGF of VEGF receptoren op endotheliale vasculaire cellen. De proliferatie van de tumor wordt afgeremd via anti-angiogenese (angiogenese remmer). Het wordt gebruikt in combinatie met 5-FU en irinotecan als eerstelijnsbehandeling van het gemetastaseerd CRC. Mogelijke **nevenwerkingen/complicaties** zijn: maag- darmperforaties, fistels, nadelige beïnvloeding van wondgenezing (behandeling kan niet gestart worden binnen tenminste 28 dagen na een ingrijpende operatie of totdat de operatiewonde geheel genezen is en de behandeling moet 4 à 6 weken vóór een geplande operatie worden gestopt), hypertensie, reversibele posterieure leuco-encefalopathie (zeldzaam), proteïnurie (stop bij ontwikkeling nefrotisch syndroom), tromboembolie (arterieel en veneus), bloedingen (stop in geval van intracraniale bloeding), congestief hartfalen (afname van de linker ventriculaire ejectie fractie).

- **5-FU**

DPYD (dihydropyrimidine dehydrogenase) is het eerste van 3 enzymen in de 5-FU metabole pathway. Partiële DPYD deficiëntie kan aanleiding geven tot levensbedreigende **complicaties**: nausea-vomitus, diarree, rectale bloedingen en hypovolemische shock, mucositis (gebruik van caphosol), huidafwijkingen, pancytopenie en neurologische klachten (cerebellaire ataxie, cognitieve dysfunctie, bewustzijnsveranderingen).

- **EGFR-inhibitoren (Cetuximab en Panitumumab)**

EGFR-inhibitoren kunnen aanleiding geven tot huidtoxiciteit, xerosis, acneiforme erupties, paronychia, haarveranderingen, hyperpigmentatie, teleangiëctasieën, mucosa veranderingen en mucositis

Dr. Leo Verguts

INDICATIES SCREENINGSCOLOSCOPIE

Screening	Normaal risico	Matig risico	Verhoogd risico
Familiaal	Negatief	Positief: • 1 eerstegr. verw. > 60 jaar • ≥ 2 tweegr. verwanten	Positief: • eerstegr. verwant < 60 jaar • ≥ 2 eerstgr. verwanten
Colonantecedenten	Geen	Geen	Geen
Startleeftijd	50 jaar	40 - 50 jaar	40 jaar (of 10 jaar jonger dan de diagnoseleeftijd van verwant)
Herhalen	10 jaar	5 - 10 jaar	5 jaar

- Screeningsrichtlijnen gelden enkel bij ASYMPTOMATISCHE patiënten!
- Perforatierisico: ± 1/5000, ±1/1000 na poliepectomie

Specifieke aanbevelingen: (best systematische follow-up bij gastro-enteroloog)

- Inflammatoire darmziekten:
 - pancolitis: 8 jaar na diagnose en herhaling elke 2 jaar
 - linkszijdige colitis: 15 jaar na diagnose en herhaling elke 2 jaar
- Ingevolge van specifieke familiale syndromen (bv. FAP) gelden andere richtlijnen.

Opgesteld a.d.h.v. recente richtlijnen:

Screening and surveillance for early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps. 2008 - A joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American College of Radiology. CA Cancer J Clin 2008; 58: 130 - 160

INDICATIES OPVOLGINGSOCOLOSCOPIE

Opvolging na poliepen	Normaal risico	Matig risico	Hoog Risico
Resultaat eerste colo	• Onvolledige colo • Grote sessiele poliepen • Onzekerheid over volledigheid van resectie	• 1 of 2 kleinere (< 1cm) poliepen • lichte dysplasie	• groot (> 1cm) • Multipele kleine (≥ 3) • Villeus • Matige of ernstige dysplasie • Familiaal +
Opvolgingscolo	Kortere termijn	Na 5 jaar, herhaling na 5 jaar	Na 1 - 3 jaar (zo negatief herhaling na 5 jaar)

NB: Na poliepectomie worden er meestal opvolgingsrichtlijnen opgegeven door de endoscopist

Virtuele coloscopie: alternatief voor het opsporen van colorectale kanker

De voornaamste voorloper van colorectale kanker is de poliep, maar niet elke poliep wordt ooit een darmkanker. De opsporing van poliepen is dus belangrijk, zeker wanneer er gevallen van colonkanker zijn in de familie. Naast de klassieke coloscopie is het mogelijk om d.m.v. een multislice CT-onderzoek de binnenzijde van het colon te bekijken.

Om deze poliepen in het licht te stellen moet zoals bij een endoscopisch onderzoek het colon proper zijn en is een grondige darmvoorbereiding noodzakelijk. Deze kan thuis gebeuren. Het meest gebruikte voorbereidingschema duurt twee dagen: één dag resten-arm dieet en de dag vóór het onderzoek een speciaal voedingspakket, bestaande uit restarme voeding, een kleine hoeveelheid contraststof en een laxemiddel.

De dag van het onderzoek komt de patiënt in nuchtere toestand naar de dienst Medische beeldvorming. Via een infuus wordt Buscopan toegediend om het colon te ontspannen en via een rectale sonde wordt CO₂ geïnspanned om de darm op te zetten. Dit gas wordt snel geëvacueerd via de ademhaling. Het CT-onderzoek gebeurt in rug- en buikligging met een lage stralendosis en gaat zeer snel (ca. 10 seconden). Aan de hand van een speciaal postprocessing programma worden de beelden bewerkt en bekeken.

Er is geen narcose noodzakelijk. Er is geen gevaar voor perforatie en meestal wordt dit onderzoek goed getolereerd met slechts een minimaal ongemak. Een nadeel is dat wanneer er een relevante poliep wordt waargenomen deze niet onmiddellijk kan worden weggenomen. Uit wetenschappelijk onderzoek (Sabanli M et collegues: computed tomographic colonography in the diagnosis of colorectal cancer. Br. J. Surg. 2010 Aug 97:1291-1294) blijkt het een goed alternatief voor het opsporen van poliepen. In de studie waren het vaak oude patiënten met comorbiditeit, of onder anticoagulantia, redenen waarom de virtuele coloscopie boven de gewone coloscopie verkozen werd.

Als we de gevoeligheid van virtuele coloscopie (95%) vergelijken met gewone coloscopie (94%) dan verdient dit onderzoek, dat snel kan uitgevoerd worden en geen verdoving vereist, zijn plaats in de opsporing van colorectale kanker.

Dienst medische beeldvorming
Dr. Karline Schutyser
Dr. Wim Geyskens

Echografie voor locoregionale anesthesie:

een grote stap voorwaarts

Het gebruik van echografie voor locoregionale anesthesie is relatief nieuw, maar de interesse voor deze techniek groeit zeer snel, getuige het aantal nieuwe publicaties de afgelopen jaren.

De eerste echografisch geleide zenuwbloks werden beschreven rond 1978, maar het was pas in de jaren '90 dat op grote schaal deze technieken toegepast werden. Publicaties spitsen zich vooral toe op plexus brachialis blokkade in de interscalene, supraclaviculaire, infraclaviculaire en axillaire regio's.

Tegenwoordig worden ook de "moeilijker" te blokkeren zenuwen routinematig met behulp van echografie benaderd: ischiadicus, psoas compartiment, ganglion stellatum en kan de echografie ook gebruikt worden om de epidurale ruimte te visualiseren in parturiënten, kinderen en obese patiënten.

Conventionele perifere zenuwbloks, die uitgevoerd worden zonder visuele begeleiding, berusten vooral op het aanwezig zijn van oppervlakkige, zichtbare of voelbare, anatomische landmarks om de doelzenuw te localiseren. Vaak gebeurde de localisatie door middel van elektrostimulatie, waarbij op de punt van een naald een pulsatiele stroom werd opgewekt, die bij contact met de zenuw een ritmisch motorisch antwoord teweeg bracht. Op die manier wist de operator dat hij tegen of vlakbij de doelzenuw zat. Deze techniek was geassocieerd met een misluktingsgraad van meer dan 15%, te wijten aan foutieve plaatsing van de naald of het inspuiten van het lokaal anestheticum op de verkeerde plaats. Het opzoeken van de doelzenuw was niet altijd gemakkelijk en vaak leidde het tot frustratie bij de operator, verscheidene puncties, pijn bij de patiënt en vertraging in de workflow op het operatiekwartier, vooral bij patiënten met een moeilijke anatomie.

De echografie heeft hier een positieve evolutie teweeg gebracht. Het is relatief gemakkelijk te leren, is niet overdreven duur en er is ook geen bestralingsrisico. De echografie geeft ons "real time" visuele begeleiding gedurende een zenuwblok procedure.



De voordelen zijn legio:

- visualisatie van de zenuwen en de omringende vasculaire, musculaire, beenderige en viscerale structuren;
- "real time" visualisatie van het inbrengen en het traject van de gebruikte naald;
- visualisatie van de spreiding van het lokaal anestheticum tijdens de injectie;
- verbetert de kwaliteit van het blok, vermindert de onset time en verhoogt bijgevolg het slaagpercentage in vergelijking met conventionele zenuwstimulatietechniek;
- vermindert het aantal nodige puncties en bijgevolg ook het risico op zenuwletsel;
- visualiseert een eventuele intravasculaire injectie;
- minder kans op intraneurale injectie;
- hogere patiënttevredenheid.

Onze dienst beschikt sedert enkele maanden over twee echo-toestellen die dagelijks aangewend worden voor locoregionale technieken. Wegens het verbeterde patiëntcomfort en de gestegen succesrate, gecombineerd met de stijging van het aantal locoregionale technieken, zullen er binnenkort nog twee toestellen bijgekocht worden, wat ons zal toelaten een nog betere dienstverlening naar onze patiënten toe te verzekeren.

Dr. Wim Amelinckx
Anesthesie

Wat als een baby veel huilt?

Multidisciplinair team vangt ouders met huilbaby's op

Waarom huilt een baby?

Iedere baby huilt. Naast ander gedrag zoals kijken, geluidjes maken, bewegen, enz. is huilen voor de baby een manier om iets duidelijk te maken. Wanneer een baby huilt, zegt hij eigenlijk dat hij wil dat er iets verandert.

- Misschien heeft hij honger of krampjes?
- Misschien heeft hij rust of een verse luier nodig?
- Misschien wil hij papa of mama dicht bij zich?
- Misschien moet hij nog ervaringen verwerken?

Als ouder ga je op zoek naar de betekenis van het huilgedrag en beantwoord je het huilen met datgene wat je denkt dat de baby nodig heeft. Op die manier voelt de baby zich 'gedragen'.

De betekenis van huilen verandert met de leeftijd

Gedurende de eerste levensmaanden is het huilen vooral een uiting van ongemak. De baby probeert een evenwicht te vinden tussen dit ongemak enerzijds en rust anderzijds. Met behulp van de ouders leert de baby zich doorheen de eerste maanden te regelen of reguleren. De ouders helpen de baby in het vinden van een ritme om te eten, te slapen, om te gaan met prikkels, enz. Bij de ene baby (of ouder) verloopt dit vlotter dan bij de andere. Naarmate de baby ouder wordt, zullen ook andere thema's, betekenissen, redenen, ... meespelen in het huilgedrag. Zo zal een baby rond 9 maanden bijvoorbeeld beginnen te huilen als mama of papa de kamer verlaat.

Wat is overmatig huilen?

Er zijn verschillende definities van overmatig huilen. De klassieke definitie gaat uit van 3 criteria (Wessel). Een baby huilt overmatig wanneer hij minstens 3 uur per dag, minstens 3 dagen per week, gedurende 3 weken op een rij huilt. Het is echter moeilijk om hierin een strikte regel toe te passen. Belangrijker is of de ouders de onrust en de onzekerheid die gepaard gaan met het huilen, kunnen (ver)dragen. Met andere woorden, dit is erg verschillend voor elk gezin, elke baby en elke periode.

Wat zijn de oorzaken van overmatig huilen?

Allereerst moet bij overmatig huilen een mogelijke medische oorzaak worden uitgesloten (bv. maagdarm- of neurologische problemen, infecties) door middel van bijkomende onderzoeken. Wanneer geen medische oorzaak wordt gevonden en de baby blijft toch té veel huilen, is het belangrijk om samen met de ouders te zoeken naar de verschillende factoren die hierin een rol kunnen spelen.

Sommige baby's zijn bijvoorbeeld moeilijker te regelen. Wat men ook doet, de baby lijkt steeds te huilen. Men spreekt dan

van een regulatiestoornis: de baby kan zich, vaak om onbekende redenen, erg moeilijk aanpassen. Hij/zij kan bepaalde prikkels zoals bijvoorbeeld licht, geluid, geur of verandering in één van deze waarnemingskanalen, moeilijk verdragen en gaat dan snel aan het huilen.

De geboorte van een baby kan bij ouders tevens 'oud' verdriet en woede oproepen: teleurstellingen, onenigheid, verlies-situaties uit het verleden kunnen weer heviger gevoeld worden, nu er (nog) een kindje in het gezin kwam. Dit kan door de baby gevoeld en vertaald worden in huilgedrag. Soms voelen ouders en baby elkaars verdriet en kwaadheid en kunnen ze dit niet dragen. Daardoor neemt de machteloosheid en radeloosheid bij de ouders nog toe wanneer de baby overmatig blijft huilen.

Waarom hulp zoeken bij overmatig huilen?

De impact van huilen op de gezinssituatie kan overweldigend zijn. Vaak komt men in een vicieuze cirkel terecht. Overmatig huilgedrag van een baby kan bij ouders veel gevoelens oproepen: frustratie, onmacht, verdriet, onzekerheid, schuldgevoel, onrust, ... Vaak ontstaan er ook conflicten tussen de ouders. Ouders raken verstrikt in de complexiteit van de situatie. De baby kan deze spanningen aanvoelen en nog onrustiger worden. Soms voeren ouders ook (onnodige) wijzigingen door in de hoeveelheid of het tijdstip van voedingen in de hoop het kindje rustig te krijgen. Vaak heeft dit echter niet het gewenste effect waardoor de onzekerheid bij de ouders alleen maar toeneemt. Steun en begrip van iemand van buiten het gezin, kan dan helpen om deze negatieve spiraal te helpen doorbreken.

Wat kan er gedaan worden bij overmatig huilgedrag?

Wanneer een baby overmatig huilt, is er hulp nodig uit verschillende hoeken en op verschillende terreinen. Wanneer ouders ondersteund worden door een gans team is er meer kans om tot een oplossing te komen.

Eenzijds is het belangrijk dat mogelijke medische oorzaken worden uitgesloten. De kinderarts neemt een grondige anamnese af van het huilpatroon, onderzoekt het kindje en stelt misschien bijkomende onderzoeken voor.

Daarnaast is de thuisbegeleidende vroedvrouw vaak een eerste en belangrijke steunbron voor de ouders bij het voeden van hun kindje. Ze zoekt samen met hen naar een goede houding, een goede hoeveelheid voeding, beantwoordt vragen over borstvoeding, enz... en vertrekt daartoe steeds vanuit de visie van de ouders.

Verder is het ook belangrijk om aandacht te hebben voor de psychologische kant. In een psychologisch consult probeert de psycholoog of kinderpsychiater, in dialoog met de ouders, te



Van links naar rechts: Ann Desomvielle (kinesist), dr. Joke Thys (kinderarts), Cynthia Paelinck (hoofdverpleegkundige Kinderafdeling), dr. Christine Franckx (kinder- en jeugdpsychiater).

Niet op de foto: Marlene Reyns (vroedvrouw), Saskia Van Hoylandt (vroedvrouw), Diane De Bauw (pediatrisch verpleegkundige), Lies Hebbrecht (kinderpsychologe Infantteam), Els Vernaillen (Kind & Gezin), Birgit Duytschaever (Kind & Gezin).

begrijpen wat de baby tracht te vertellen. Ouders en therapeut observeren samen de baby. De therapeut maakt ruimte voor de verhalen van de ouders. Dit kunnen verhalen zijn over de eigen babytijd van de ouders, traumatische ervaringen, vroegere zwangerschappen, de verwachtingen die ze hadden van een zwangerschap, een bevalling of een pasgeboren baby. Maar ook verhalen over wat wel goed gaat, waar ze zich wel trots over voelen als mama of papa en van wie ze steun ervaren.

Tot slot kan ook kinesitherapie betekenisvol zijn. Babymassage kan zowel het kind als de ouder helpen te ontspannen. Vaak stimuleert babymassage de binding tussen ouders en kind.

Ons aanbod

In AZ Nikolaas is er een multidisciplinair team werkzaam, bestaande uit kinderartsen, kinderpsychologen, kinderpsychiater (infantteam), verpleegkundigen en kinesisten. Daarnaast wordt er ook intensief samengewerkt met thuisbegeleidende vroedvrouwen uit de regio. De meeste kinderen kunnen ambulante (via consultatie) begeleid worden, doch voor sommigen dringt een hospitalisatie zich op. In beide gevallen kan een multidisciplinaire begeleiding opgestart worden.

Indien er sprake is van overmatig huilgedrag, kunnen ouders contact opnemen met één van de kinderartsen van het ziekenhuis. Hij/zij zal na een eerste consultatie doorverwijzen binnen het team.

Dr. Lucas Callewaert - 03 776 09 07
 Dr. Herman Fizez - 03 776 23 16
 Dr. Gustaaf Verbeke - 03 755 33 88

Groepspraktijk: 03 760 76 15
 Dr. Annick Covents
 Dr. Virginie Janssens
 Dr. Michaëla Maes
 Dr. Ilse Ryckaert
 Dr. Joke Thijs

Dr. Christine Franckx
 Kinder- en Jeugdpsychiatrie
christine.franckx@aznikolaas.be

Dr. Joke Thijs
 Kindergeneeskunde
joke.thijs@aznikolaas.be

Infusie sprak met...

Dr. Frank Thiessen, Dr. Erik Buelens en Dr.

Evolutie in de anesthesie

Vroeger was de anesthesist een arts die patiënten in slaap doet. Tegenwoordig is er zoals bij vele andere disciplines een tendens tot superspecialisatie wat aanleiding heeft gegeven tot subdisciplines zoals pijnkliniek (algologie) intensieve zorgen (ICU), locoregionale technieken ...

Infusie sprak met drs. Frank Thiessen (anesthesie), Jean Pierre Van Buyten (diensthoofd pijnkliniek) en Erik Buelens (diensthoofd ICU) over deze veranderingen in het anesthesielandschap.

Dokter Frank Thiessen Anesthesie



Dr. Frank Thiessen

vlak van anesthesie voorgedaan en hoe vertalen deze zich in jullie werk?

F. Thiessen: Eerst en vooral is er de tendens om zowel locoregionale anesthesie als de combinatie van LRA en algemene anesthesie meer te gebruiken, bijvoorbeeld voor schouderchirurgie. Daarnaast dwingt de toename aan ambulante ingrepen de anesthesist ertoe om gebruik te maken van kortwerkende technieken en producten die er voor zorgen dat de patiënt snel weer wakker en comfortabel is na de ingreep, dit om een snel ontslag mogelijk te maken. Er is ook toenemende aandacht voor de postoperatieve pijnbestrijding; dit mondt uit in een postoperatief pijnprotocol en meer aandacht voor de pijnscore van de patiënt postoperatief.

Sinds de fusie zijn de twee groepen anesthesisten van de voormalige ziekenhuizen samengesmolten tot één associatie. Er zijn nog enkele collega's bijgekomen zodat jullie nu veruit de grootste specialistengroep zijn in het AZ Nikolaas. Met welke uitdagingen worden jullie geconfronteerd en wat kan er verbeterd worden?

F. Thiessen: Het probleem is dat er tegelijkertijd, op verschillende locaties heel wat werk voor anesthesisten is. Er is het werk in de verschillende operatiekwartieren van de centrale en perifere campussen (Sint-Niklaas, Temse, Hamme, Beveren), de dienst Intensieve Zorgen (ICU) en de Pijnkliniek. Daarnaast zijn er echter ook nog activiteiten op andere afdelingen van het ziekenhuis; zoals op Materniteit, Medische beeldvorming (bv. voor ERCP) en bij het uitvoeren van een endoscopie. Vermits deze activiteiten van dag tot dag fluctueren in intensiteit is het een groot en moeilijk puzzelwerk om alle locaties te voorzien van de noodzakelijke anesthesisten. Een goede planning en een tijdige communicatie aangaande werk en verlof zijn dan ook noodzakelijk om de bestaffing correct te kunnen plannen.

Hoe vertalen deze subspecialisaties zich in de opleiding?

F. Thiessen: Tijdens de opleiding komen alle disciplines aan bod, zij het sommige in beperkte en onvoldoende mate. Daarom zijn er ook bijkomende opleidingen in subspecialisaties voorzien, zoals bijvoorbeeld voor Intensieve Zorgen.

Welke evoluties, tendensen hebben zich de laatste jaren op

Om ernstige verwickelingen te vermijden tijdens of na een heelkundige ingreep pakt de WHO uit met een lijst van 20 items die pre- en peroperatief moeten gecheckt worden, de zogenaamde 'Safe Surgery Saves Lives' checklist. Wordt die door jullie ook gehanteerd?

F. Thiessen: Inderdaad. Deze lijst werd recent ingevoerd en we bevinden ons momenteel nog deels in een leerfase. Vooral voor

Jean-Pierre Van Buyten

de check-in-procedure is de anesthesist de voornaamste verantwoordelijke.

Er gebeurt nu meer en meer laparoscopische chirurgie. In welke mate heeft dit invloed op jullie werk?

F. Thiessen: Laparoscopische chirurgie is een grote vooruitgang voor de patiënt. Hij ervaart immers minder pijn na de ingreep en zal sneller revalideren. Op vlak van anesthesie zijn er hierbij verschillende uitdagingen, zo is de spierontspanning van de patiënt nog belangrijker dan bij klassieke chirurgie. Ook de beademing van een patiënt met een goede O²-saturatie en voldoende lage CO²-spanning vraagt bijzondere zorg. Tevens is het zo dat het einde van een laparoscopische ingreep een kortere duur heeft dan een klassieke buikingreep, zodat er ook een snellere ontwaakfase noodzakelijk is. Dit vraagt bijzondere aandacht voor en een goede keuze van de gebruikte producten.

Minister Jo Vandeuren wil een meldingsplicht invoeren voor risicovolle ingrepen buiten een erkend ziekenhuis. Sommige ingrepen gebeuren soms met een minimale verdoving. Is het wel verantwoord om in dergelijke omstandigheden te opereren?

F. Thiessen: Wij zijn de mening toegedaan dat risicovolle ingrepen enkel binnen een goed georganiseerd operatiekwartier binnen een ziekenhuis mogen gebeuren.

In Bree verbod een moslim een mannelijke anesthesist om zijn vrouw onder narcose te brengen. Hoe zou u reageren?

F. Thiessen: Men moet een onderscheid maken tussen urgenties en geplande ingrepen. In geval van urgentie en wacht-diensten denken we dat het niet mogelijk en wenselijk is om op deze wensen in te gaan. In de andere gevallen ligt het iets moeilijker. Men kan immers niet met alle wensen van een patiënt en zijn familie rekening houden. Trouwens zolang de patiënt wilsbekwaam is, zal zijn voorkeur primeren en niet de voorkeur van de familie. De vraag moet trouwens kunnen gesteld worden of patiënten uit andere culturen in hun thuisland deze vrije keuze van anesthesist hebben. Een goed gesprek kan de meeste van deze problemen echter wel opvangen.

Waarom is een preoperatieve anesthesieconsultatie nodig?

F. Thiessen: Er worden nu meer patiënten geopereerd met een veelheid aan medische problemen dan vroeger. De patiënt wordt ook slechts zeer kort voor de ingreep in het ziekenhuis opgenomen waardoor er onvoldoende tijd is om complexe problemen goed in te schatten. Deze patiënten worden dus beter op voorhand gezien. Tevens zijn er ook patiënten met eerder zeldzame aandoeningen die een speciale vorm van anesthesie vereisen en waarover de anesthesisten zich dan ook

grondig willen informeren. Er zijn ook nog heel wat patiënten met verschillende mineure of middelmatige aandoeningen die zich meer ongerust maken over de anesthesie dan over de ingreep, en dus best wat informatie vooraf krijgen over de narcose en de verschillende mogelijkheden met betrekking tot zijn persoonlijke situatie.

Dokter Erik Buelens Diensthoofd Intensieve Zorgen



Dr. Erik Buelens

Een halve eeuw geleden werd voor het eerst in België een dienst Intensieve Zorgen (ICU) opgericht. Tegenwoordig is ICU uitgegroeid tot een high techafdeling. Hoe is dit ontstaan?

E. Buelens: In eerste instantie werden om logistieke redenen ernstig zieke patiënten samen op een zaal gelegd. Men stelde vast dat dergelijke patiënten nood hadden aan een zorg die erg intensief is. Een verbetering van de anesthesietechnieken leidde tevens tot langere en meer ingewikkelde operaties waardoor de

behoefte ontstond tot een gespecialiseerde verpleegafdeling voor postoperatieve zorg. Dit leidde tot de oprichting van een specifieke afdeling Intensieve Zorgen met aanwezigheid van beademings- en bewakingsapparatuur die in de loop der tijden steeds verbeterd is en nu gerund wordt door intensivisten.

Wat kunnen intensivisten extra bijbrengen ten opzichte van orgaanspecialisten?

E. Buelens: De context waarin orgaanfalen bij een ernstig zieke patiënt zich voordoet is niet vergelijkbaar met een omgeving waarin mono-orgaanfalen ontstaat bij een voor het overige goed functionerende patiënt. De ernstig zieke patiënt is een complex systeem en is meer dan de som van de samengestelde delen. Dit heeft belangrijke consequenties die een specifieke aanpak vereisen. Het globale beeld is belangrijk. De intensivist heeft een coördinerende functie. De interactie tussen de diverse falende orgaansystemen noopt tot het stellen van prioriteiten. De diverse problemen moeten worden herkend, gekwantificeerd, geanalyseerd en behandeld. In de eerste plaats gaan we de patiënt stabiliseren. Zo kan het bijvoorbeeld nodig zijn om bij respiratoire insufficiëntie de patiënt te intuberen en te ventileren en moeten er ook centrale katheters geplaatst worden. Pas daarna gaan we de onderliggende oorzaken van het falen opsporen en behandelen. De orgaanspecialist zoals bijvoorbeeld de cardioloog of nefroloog zal zich focussen op het falen van het orgaan waarin hij/zij gespecialiseerd is. De intensivist treedt op als multi-orgaanspecialist. Het is belangrijk om kennis te hebben over de samenhang van de problemen van het falen van diverse orgaansystemen om op die manier een optimale behandeling te kunnen garanderen. Wij zijn ook continu aanwezig op de afdeling, wat een belangrijke meerwaarde betekent. De patiënt wordt continu gemonitord zodat in geval van deterioratie kan bijgestuurd worden.

Welke specifieke opleiding heeft u gevolgd?

E. Buelens: Elke anesthesist moet tijdens zijn opleiding een aantal maanden op de dienst Intensieve Zorgen en Spoedgevallen doorbrengen. Dat is een wettelijke verplichting. Voor de specifieke erkenning intensivist moet er in totaal twee jaar intensieve zorgen gedaan worden waarvan één jaar tijdens de opleiding 'anesthesie' mag gevolgd worden en één jaar na deze opleiding moet gebeuren. Deze specifieke beroepstitel is geen exclusiviteit voor anesthesisten. Ook pediaters, internisten en chirurgen kunnen zich subspecialiseren.

Sinds de ingebruikname van de nieuwe Intensieve Zorgen beschikken jullie over een nieuw softwarepakket (ICIP). Wat is daar de meerwaarde van?

E. Buelens: Het is een totaalpakket met zowel een verpleegkundig- als een medisch luik. Ons medisch dossier is volledig elektronisch: er is een opnameblad met o.a. de voorgeschiedenis van de patiënt, een volgblad waarin de dagelijkse bevindingen worden genoteerd en een ontslagformulier dat meegaat met de patiënt als hij/zij de afdeling verlaat. Ook de medicatie en opdrachten voor de verpleegkundigen schrijven wij elektronisch voor. Op hun beurt registreren de verpleegkundigen wat er toegediend is aan medicatie en welke verzorging er gegeven is. We kunnen dus van minuut tot minuut volgen wat er gebeurt.

Is er een integratie met de PACS?

E. Buelens: Wij kunnen vanuit ons elektronisch dossier per patiënt doorklikken naar het PACS-systeem. Het voordeel is dat we per box enkel de beelden kunnen openen van de patiënt die er verpleegd wordt zodat er geen fouten kunnen gebeuren. Ook de link met het labopakket is individueel.

Is het de bedoeling om dit pakket (ICIP) te integreren in het nieuw elektronisch patiëntendossier van Cegeka dat nu zal ingevuld worden?

E. Buelens: De bedoeling is dat er via ICIP een directe link is met het patiëntendossier van Cegeka, zodat we onze ontslagbrief kunnen doorsturen en bij eventuele heropname de historiek direct raadpleegbaar is. Dit wordt momenteel onderzocht.

Welke anesthesisten zijn er nu werkzaam op Intensieve Zorgen?

E. Buelens: Er zijn vijf intensivisten; dr. Herbert Fannes, dr. Koen De Ridder, dr. Kristel Van Riel, dr. Ria Verheye en ikzelf. Wij werken allemaal halftijds op ICU en halftijds op OK. Voor de wacht is er een inslapende anesthesist. Tweemaal daags, 's middags en 's avonds, is er een patiëntenronde waarbij een uitgebreide briefing en overdracht aan de inslapende wachtarts gebeurt. Er wordt steeds met twee artsen 'getoerd'. Er is een afzonderlijke wacht voor Intensieve Zorgen en Anesthesie. De wacht Intensieve Zorgen gebeurt niet enkel door de intensivisten maar door de ganse groep anesthesisten. 's Morgens zijn er op de afdeling continu twee intensivisten aanwezig en 's middags één. Het is de bedoeling om na de volledige ontplooiing naar 18 bedden de ganse dag met twee intensivisten aanwezig te zijn.

Op Intensieve Zorgen wordt je af en toe geconfronteerd met patiënten waarbij een goede outcome twijfelachtig is, zoals bijvoorbeeld bij een diepe coma. Hoe ga je daarmee om?

E. Buelens: Het is belangrijk om van in het begin eerlijk te zijn tegen de familie. Zeggen waar het op staat, geen valse hoop geven. Ook als je denkt dat het niet goed gaat aflopen is het nodig om de familie juist te informeren. Het is dikwijls moeilijk om de grens te trekken. Hoe ver ga je? We moeten echt uitkijken dat patiënten die de afdeling verlaten ook dan nog een menswaardig bestaan hebben. Het heeft geen zin om alles op alles te zetten en dan te merken dat de patiënt niet meer gaat ontwaken. Regelmatig wordt er ook onderling besproken hoe ver we gaan om hardnekkig therapeutisch handelen te vermijden. Soms kan het aangewezen zijn om de therapie te beperken.

Gebeurt het dat jullie door de familie gepusht worden in de ene of andere richting?

E. Buelens: Het beperken van de therapie is een medische beslissing. Ze wordt nooit alleen genomen maar altijd na onderling overleg. Er is ook steeds samspraak met de familie, maar de verantwoordelijkheid ligt bij de arts. Soms heeft de patiënt op voorhand reeds aangegeven wat er moet gebeuren.

Worden jullie geconfronteerd met de vraag naar euthanasie?

E. Buelens: Daar is nu een wettelijke regeling voor. Het pro-

bleem is wel dat er niet zoveel mensen een wilsbeschikking hebben en ze is dan ook niet altijd correct ingevuld. Wij zijn daar heel voorzichtig mee. Wij worden er toch eerder zelden mee geconfronteerd. Dikwijls gaat het met de patiënt ofwel beter ofwel slechter en stelt het probleem zich niet. Therapiebeperking gebeurt vaak, maar actief ingrijpen doen we niet. Wij zullen overschakelen op comfortzorg als we zien dat het echt hopeloos is.

Wat is jullie ervaring met de vraag naar orgaandonatie?

E. Buelens: De familie reageert daar meestal positief op. Als je een goede uitleg geeft, zijn er in feite weinig weigeringen. Wij moeten natuurlijk zeker zijn dat de patiënt overleden is, dat hij/zij hersendood is. In de eerste fase gaan we die boodschap geven en pas daarna stellen wij de vraag naar orgaandonatie. Als de familie weigert of als we weten dat de patiënt zou geweigerd hebben, respecteren we die beslissing.

Dokter Jean-Pierre Van Buyten Diensthoofd Pijnkliniek



Dr. Jean-Pierre Van Buyten

Wanneer en hoe is de pijnkliniek hier ontstaan?

J.P. Van Buyten: Wij zijn gestart eind jaren tachtig. Toen waren er nog niet veel pijncentra; enkel op universitair niveau begon de pijnkliniek toen vorm te krijgen. Reeds tijdens mijn opleiding was ik geïnteresseerd in pijntherapie en van zodra de mogelijk-

heid zich voordeed ben ik gestart met de behandeling van chronische pijn en ben ik mij via bijscholing verder gaan bekwamen. De activiteit is stilaan gegroeid, waarna collega dr. Luc Vanduffel er is bijgekomen en we begonnen zijn met meer geavanceerde technieken zoals neuromodulatie. Het huidige pijncentrum is verbouwd in 2003. Door toenemende verwijzing hadden we nood aan een betere infrastructuur. Momenteel zijn er terug uitbreidingswerken bezig welke zullen afgerond zijn in maart 2011 en een verdubbeling van de capaciteit en een daling van de wachttijden tot gevolg zullen hebben.

Welke patiënten zien jullie in de pijnkliniek?

J.P. Van Buyten: Veel mensen denken vaak dat het hoofdzakelijk om kankerpatiënten gaat, zij maken echter minder dan 10% van onze patiëntenpopulatie uit. De oncologen en internisten kunnen op een zeer goede manier de maligne pijn bestrijden. Enkel indien dit niet meer lukt worden oncologische patiënten naar ons doorverwezen. De meeste van onze patiënten hebben chronische, niet-maligne pijn, voornamelijk tengevolge van wervelkolompathologie.

Een tweede belangrijke groep van patiënten heeft hoofdpijn of aangezichtspijn, wat ook zeer frequent voorkomt. In de loop der jaren hebben wij hierin een grote expertise ontwikkeld en een zekere reputatie opgebouwd en krijgen dan ook veel doorverwijzingen o.a. voor behandeling van trigeminusneuralgie. Dan is er nog de categorie van neuropathische pijn zoals bij diabetes, vaatlijden en na een zona.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen chronische en acute pijn?

J.P. Van Buyten: Acute pijnbestrijding, hoofdzakelijk postoperatieve pijn, gebeurt niet specifiek in het pijncentrum maar door de ganse dienst Anesthesie. Subacute pijn zoals ischiaspijn kunnen we behandelen door middel van epidurale inspuitingen. Ook een facetsyndroom kan subacuut zijn en kan door middel van interventionele techniek worden behandeld. Chronische pijn is pijn die meer dan zes maanden bestaat en zien we het vaakst.

Hoe gaan jullie deze behandelen?

J.P. Van Buyten: Op de consultatie worden de patiënten door middel van anamnese en klinisch onderzoek geëvalueerd en kijken we ook naar de uitgevoerde beeldvorming. In functie daarvan bepalen we onze keuze, hetzij medicamenteuze therapie hetzij een technische ingreep. Veel patiënten kunnen reeds door middel van medicatie geholpen worden. Wij werken met een behandelingsalgoritme. Afhankelijk van de problematiek gaan we stap voor stap verder: gaande van eenvoudige infiltraties naar epidurale infiltraties naar radiofrequentietechniek en tenslotte naar neuromodulatietechniek.

Hoeveel patiënten zien jullie in het pijncentrum?

J.P. Van Buyten: In het pijncentrum doen wij ongeveer 8000 interventies per jaar en in het operatiekwartier nog eens 500. We tellen ongeveer 3000 raadplegingen per jaar. Per week worden er 120 tot 140 patiënten behandeld.

Hoe werkt een neurostimulator? Wat is het verschil met een pijnpomp?

J.P. Van Buyten: Er bestaat wel wat verwarring rond implantaten. Men spreekt al eens over een pomp terwijl het in feite over een neurostimulator gaat. Neurostimulatie stuurt elektrische impulsen naar de gevoelsbanen welke zich situeren aan de achterkant van het ruggenmerg en wordt gebruikt om de pijn te misleiden of te moduleren. Dit wil zeggen dat de patiënt een ander gevoel heeft, de pijn wordt gemaskeerd. Dit wordt gebruikt bij zenuwpijnen. Tintelingen in het lidmaat doen de oorspronkelijke pijn grotendeels verdwijnen: de patiënt heeft 70% kans dat meer dan 50% van zijn pijn weg is. Deze patiënten nemen dikwijls ook al lang pijnmedicatie voor de behandeling, die dan sterk kan verminderd of zelfs afgeschafte worden. Met andere woorden: heel wat minder pijn met minder medicatie. Een groot voordeel is dat deze techniek geen neveneffecten heeft. Er gebeurt steeds een proeftherapie waardoor de patiënt exact weet wat het effect gaat zijn. Pas hierna volgt een definitieve implant van de batterij. Als er geen gunstig effect is kunnen we de elektroden terug verwijderen. Het is dus een reversibele ingreep.

Een medicatiepomp is in feite het laatste hulpmiddel, als de rest niet helpt of als grote dosissen opiaten niet helpen of te veel nevenwerkingen geven. We plaatsen een catheter in het CZS en geven de pijnstilling via deze weg. Het voordeel is wel dat er een effect is bij een veel lagere dosis: 1 mg morfine intrathecaal komt overeen met 300 mg per os. Nevenwerkingen van opiaten blijven bestaan. Deze patiënten vragen heel wat zorgen en moeten frequent worden teruggezien.

Jullie werken nu met een nieuw type neurostimulator. Kunt u daar iets meer over vertellen?

J.P. Van Buyten: De nieuwe Restore Sensor-neurostimulator van Medtronic maakt gebruik van een geavanceerde vorm van motion-sensing technology die we kennen van consumentenelektronica zoals de Wii en iPad. Er is een automatische aanpassing 'aan' en verandering 'in' de positie van het lichaam of activiteit van de patiënt. Daardoor krijgt de patiënt op elk moment de juiste stimulatie en pijnbestrijding. De vorige generatie neurostimulatoren liet een aanpassing slechts in beperkte mate toe. Met vooraf ingestelde niveaus moest men bij verandering van lichaamshouding of activiteit steeds de instellingen met een afstandsbediening aanpassen.

Zijn er bepaalde complicaties?

J.P. Van Buyten: Onze grootste vijand is infectie. Voor de rest zijn er in de literatuur weinig ernstige complicaties beschreven. Bij een medicatiepomp kan er ook infectie optreden wat leidt tot meningitis. Granuloomvorming bij catheters die het ruggenmerg beschadigen kunnen voorkomen bij pompen maar in geval van neurostimulatie zien we in feite nooit majeure complicaties.

Werken jullie multidisciplinair?

J.P. Van Buyten: Elke week hebben wij een stafvergadering met de verpleging en met de psycholoog en eventueel met andere betrokken artsen. Er is ook een maandelijks stafvergadering met de dienst Neurochirurgie waarop wij de gezamenlijke patiënten bespreken.

Welke anesthesisten werken er nu op de pijnkliniek?

J.P. Van Buyten: Dokter Iris Smet en ikzelf werken quasi fulltime in het pijncentrum. Dokter Charlotte Stolte 50% en dokter Frank Thiessen twee halve dagen per week of iets meer naargelang de noodzaak en eventuele interventies.

Sommige patiënten met hevige pijn reageren niet goed op klassieke pijntherapie. In het Luikse CHU experimenteert men met hypnose. Werkt dit?

J.P. Van Buyten: Ik heb daar geen ervaring mee en ik heb er ook nog nooit een studie over gezien. Psychologische ondersteuning is belangrijk. De invalshoek hangt af van centrum tot centrum. Wij houden ons vooral bezig met interventionele pijnbestrijding en zijn daar ook voor gekend.

Steeds meer heelkundige ingrepen gebeuren nu in dagkliniek of shortstay waardoor patiënten het ziekenhuis snel verlaten. Controle van postoperatieve pijnklachten laat nog vaak te wensen over. Hoe lossen jullie dat op?

J.P. Van Buyten: Daar is een goed werkend protocol voor. Het is natuurlijk een algemene tendens dat meer en meer ambulante gebeurt. Er is plaatsgebrek en dat is niet enkel zo in ons ziekenhuis. Men pusht om zo veel mogelijk in one day te doen. Vroeger bleef de patiënt te lang in het ziekenhuis. De moderne chirurgische technieken hebben er toe geleid dat de hospitalisatieduur kan beperkt worden. In geval van een galblaasoperatie bleef een patiënt vroeger tien dagen in het ziekenhuis. Door middel van laparoscopische chirurgie kan het nu bijna ambulante. De patiënten hebben ook minder pijn. Anderzijds hebben patiënten met een kleine ingreep zoals bijvoorbeeld een hallux valgus toch veel pijn en dat wordt soms onderschat.

F. Thiessen: Er wordt steeds gestreefd naar een goede pijncontrole bij de patiënt vooraleer deze de recovery verlaat. Tevens zijn er dan al instructies gegeven voor de pijnbestrijding nadien op de dagkliniek. Vanaf volgend jaar zal ook een verpleegkundige acute pijn ingezet worden om deze problematiek nog beter onder controle te brengen.

Is er een specifieke beroepstitel 'pijnkliniek'? Hoe gebeurt de opleiding?

J.P. Van Buyten: Op dit ogenblik is er nog geen officieel curriculum. Wanneer een erkend anesthesist een jaar supplementair wil volgen bestaat daar geen erkende opleiding voor. Wij krijgen regelmatig de vraag van mensen voor residentschap om te superspecialiseren. De facto bestaat de opleiding dus wel, maar is niet officieel erkend. Meestal volgen zij een supplementaire opleiding van zes maanden in een universitair ziekenhuis en zes maanden in een perifeer centrum. Ik publiceer zelf regelmatig wetenschappelijke artikels en organiseer tevens éénmaal per jaar een tweedaagse 'kadavercurcus', één dag theorie en één dag praktijk. Op termijn zal een specifieke beroepstitel er zeker komen maar zo ver zijn we nog niet.

Dr. Leo Verguts

Surgical Safety Checklist

De WHO (World Health Organization) heeft in 2008 de ‘Surgical Safety Checklist’ opgesteld en gelanceerd om de patiëntveiligheid in de operatiekwartieren te verhogen. Sindsdien is de lijst wereldwijd in 86 landen in gebruik. AZ Nikolaas heeft de lijst sinds 14 september 2010 in het Operatiekwartier in gebruik genomen.

De ‘Surgical Safety Checklist’ is een eenvoudige checklist om proactief incidenten in het operatiekwartier te vermijden door over cruciale topics te communiceren.

Wanneer de patiënt het operatiekwartier binnenkomt, wordt op drie momenten nagegaan of alle omstandigheden veilig zijn om met het zorgproces verder te gaan:

- 1) vóór de inductie, dit wil zeggen vóór de patiënt verdoofd wordt en/of anesthesie krijgt en in slaap wordt gedaan (= **sign in**);
- 2) vóór de incisie, dit is het moment waarop de operatie begint (= **time out**);
- 3) vóór de patiënt de operatiezaal verlaat (= **sign out**).

Alle gezondheidswerkers die bij de ingreep betrokken zijn, communiceren met elkaar over de cruciale veiligheidsaspecten. Alle informatie wordt samengebracht, wie over afwijkende



informatie beschikt deelt die mee. Het operatieteam beslist vervolgens welke oplossing wordt gekozen om de operatie vlot en veilig te kunnen laten verlopen.

De rol van de omloopverpleegkundige is cruciaal bij het gebruik van de checklist: zij/hij zorgt voor de invulling van de lijst en is daarmee ook de spreekwoordelijke rode draad tijdens het operatiegebeuren.

Volgende medische disciplines hebben de introductie van de lijst met veel enthousiasme gepromoot: anesthesie, orthopedie (dr. Jo De Schepper), thoracale en vasculaire heelkunde (dr. Stephen Verbeke), neurochirurgie (dr. David Van der Planken), urologie (dr. Hendrik Wynant), de pijnkliniek (dr. Jean-Pierre Van Buyten en dr. Iris Smet).

Het gebruik van de lijst zal geleidelijk verder bekendgemaakt en verspreid worden bij de andere medische disciplines.

Saskia Feyaerts
Stafmedewerker patiëntveiligheid

 World Health Organization <i>A World Alliance for Safer Health Care</i>	Patient Safety <i>A World Alliance for Safer Health Care</i>	SURGICAL SAFETY CHECKLIST
 AZ Nikolaas		ZAAL: INGREEP: <i>patiëntenetiket</i> DATUM:
SIGN IN <i>(vóór de inductie)</i> <i>(min. anaesthesist + omloopvpk.)</i>	TIME OUT <i>(vóór de incisie)</i> <i>(chirurg + anaesthesist + omloopvpk.)</i>	SIGN OUT <i>(vóór de patiënt de zaal verlaat)</i> <i>(chirurg + anaesthesist + omloopvpk.)</i>
<input type="checkbox"/> BEVESTIGD DOOR PATIËNT (PAT-ID) * IDENTITEIT * INGREEP * ZIJDE * (AKKOORD)	<input type="checkbox"/> BEVESTIGING INTRODUCTIE TEAM (NAAM & FUNCTIE) <input type="checkbox"/> BEVESTIGING PATIËNTGEGEVENS * IDENTITEIT * INGREEP * ZIJDE	<input type="checkbox"/> OMLOOPVERPLEEGKUNDIGE BEVESTIGT <input type="checkbox"/> NAAM INGREEP <input type="checkbox"/> TELLING COMPRESSEN, MATERIAAL <input type="checkbox"/> LABELLING STALEN <input type="checkbox"/> INSTRUMENTARIUMPROBLEMEN
<input type="checkbox"/> CONTROLE ANAESTHESIE-APPARAAT & MEDICATIE UITGEVOERD	<input type="checkbox"/> POTENTIËLE PROBLEMEN COMMUNICEREN <input type="checkbox"/> CHIRURGISCHE PROBLEMEN <input type="checkbox"/> ANAESTHESIE PROBLEMEN <input type="checkbox"/> VERPLEEGKUNDIGE PROBLEMEN (MATERIAAL, STERILITEIT, EXPERTISE)	<input type="checkbox"/> CHIRURG, ANAESTHESIST & OMLOOPVPK. COMMUNICEREN <input type="checkbox"/> AANDACHTSPUNTEN VOOR RECOVERY
<input type="checkbox"/> PULSOXYMETER GEPLAATST & FUNCTIONEEL GEKENDE ALLERGIEËN? <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> CORRECTE TOEDIENING PRE-OPERATIEVE MEDICATIE (AB-PROFYLAXIE, DVT-PREVENTIE) <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NIET VAN TOEPASSING	<input type="checkbox"/> ESSENTIEEL BEELDMATERIAAL BESCHIKBAAR? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NIET VAN TOEPASSING
<input type="checkbox"/> INTUBATIEPROBLEEM OF ASPIRATIERISICO? <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> JA, HULP BESCHIKBAAR	PARAAF SIGN IN TIME OUT SIGN OUT	
<input type="checkbox"/> VOORZIENE BLOEDVERLIES > 500 ML.? (7 ml/kg. BIJ KINDEREN) <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> JA EN VOLDOENDE SUBSTITUTIE VOORZIEN		

Tevredenheidsenquête huisartsen

anno 2010

Sinds het ontstaan van het AZ Nikolaas leefde de vraag bij het management om na te gaan hoe de huisarts de dienstverlening van het ziekenhuis ervaart. In het najaar van 2009 werd deze opdracht gegeven aan een student management en beleid in de gezondheidszorg van de VUB, onder begeleiding van de kwaliteitscoördinator.¹ De bevraging gebeurde in januari en februari 2010.

De resultaten van de "Tevredenheidsstudie bij huisartsen in de regio Waasland en omgeving over de samenwerking met het AZ Nikolaas" werden in september aan een delegatie van huisartsen voorgesteld. In de vergadering van huisartsen en medisch diensthoofden van het ziekenhuis op 22 september 2010 werd in dialoog gegaan over de knelpunten die uit de studie naar voor kwamen.

Methode

Alle actieve huisartsen in de regio Waasland, inclusief Hamme en Antwerpen-Linkeroever werden bevroegd met een gestandaardiseerde vragenlijst. Dit gebeurde schriftelijk omdat elektronische bevraging nog niet bij alle huisartsen mogelijk is. De vragenlijst kwam tot stand na literatuuronderzoek en expert-interviews met medewerkers van het ziekenhuis. Het ontwerp van de vragenlijst werd voorgelegd aan het bestuur van de "huisartsenkoepel Waasland vzw". Een pilootbevraging bij de "Filip Verheyen Kring" leidde tot verdere bijschaving van de enquête.

Uiteindelijk resulteerde dit in een aantal concrete vragen:

- In welke mate zijn de actieve huisartsen tevreden over de globale zorg- en dienstverlening van het ziekenhuis?
- In welke mate zijn de huisartsen tevreden over volgende concrete aspecten:
 - de informatie-uitwisseling die het AZ Nikolaas verschaft over haar werking, specialismen, specialisten, en diensten;
 - de informatie gepubliceerd in het ziekenhuismagazine Infusie;
 - de mobiele toegankelijkheid van het AZ Nikolaas.
- Krijgt de huisarts van zijn of haar patiënten een positieve respons over de werking van verschillende diensten van het AZ Nikolaas?
- Hoe verlopen de communicatieprocessen tussen ziekenhuis en de actieve huisartsen?
- Gebruiken huisartsen het telefonische afsprakensysteem en/of het callcenter Medische Beeldvorming en verloopt dit vlot?
- Hoe kunnen huisartsen patiënten lokaliseren en werkt dit vlot?
- Kan de huisarts vlot de specialist contacteren?

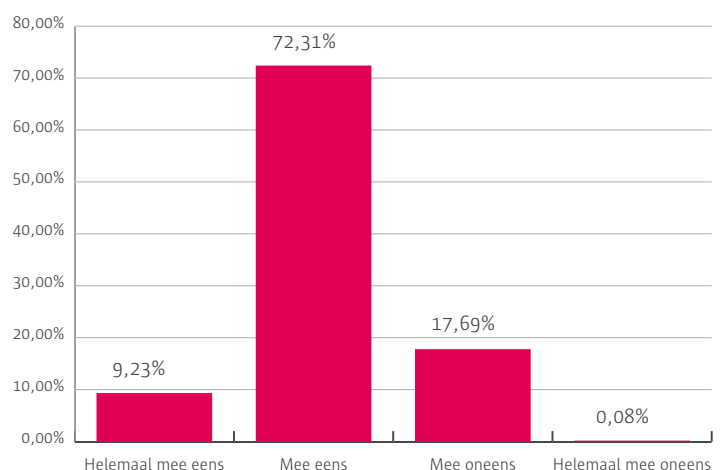
- Hoe verloopt de uitwisseling van medische gegevens tussen AZ Nikolaas en de actieve huisartsen?
- Hoe tevreden is de huisarts over de informatie die hij of zij ontvangt over zijn of haar patiënten ook betreffende de therapie en behandeling?
- Hoe verlopen de contacten tussen huisarts en de verpleging betreffende patiëntinformatie?
- Wordt de huisarts betrokken bij de besluitvorming inzake ontslag van zijn of haar patiënten?
- Wat vindt de huisarts over de werking van het Multidisciplinair Oncologisch Consult?
- Wordt de informatie die de huisarts aanreikt betreffende zijn of haar patiënten naar waarde geschat door het AZ Nikolaas?

Hoewel in gestandaardiseerde vragenlijsten vaak gewerkt wordt met een vijf punten Likertschaal werden de antwoordmogelijkheden op de voorgelegde stellingen gereduceerd tot 'helemaal mee eens', 'mee eens', 'mee oneens', 'helemaal mee oneens' plus 'niet van toepassing'. Deze keuze werd gemaakt om neutrale antwoorden te vermijden en zo sneller knelpunten of sterke punten te kunnen detecteren.

Resultaten

Van de 320 aangeschreven huisartsen zijn 139 ingevulde enquêtes binnengekomen, een responsrate van 43,4%.

De globale tevredenheid over de dienstverlening van het AZ Nikolaas:



Het ziekenhuis scoort hoog op gebied van "betrouwbaarheid" (100% eens). Daarnaast scoren ook "deskundigheid" (97,7%) en "levert kwaliteit" (89,9%) hoge waarden. Wat de "toegankelijkheid" van het AZ Nikolaas betreft zien we dat 77,8% het eens is met deze stelling.

Klantvriendelijkheid, patiënt centraal stellen en zorgvuldig handelen worden kritisch beoordeeld, respectievelijk zijn 35,4%, 33,6% en 21,6% van de respondenten het hiermee niet eens.

Concrete aspecten:

Veel huisartsen maken telefonische afspraken (86,7%), de snelheid waarmee de huisartsen te woord worden gestaan, vinden 42,4% huisartsen verre van optimaal. Meer tevredenheid is er bij de gebruikers van het callcenter van de dienst Medische Beeldvorming, 73,5% wordt snel geholpen. Het uitbreiden van deze faciliteit naar andere diensten is voor 71,9% een goed idee.

De specialist kan vlot bereikt worden door 77,4% van de huisartsen. Volgens 34,2% van de huisartsen verloopt het contact met de verpleging niet optimaal, ook niet wat betreft het doorgeven van informatie betreffende verzorging van de patiënt.

Het gebruik van de pc aan het onthaal om patiënten te lokaliseren: slechts 29,3% gebruikt die regelmatig en daarvan vindt maar 21% dat hij goed werkt. De portaalsite wordt meer gebruikt (41,5%) en geeft ook meer tevreden (57,8%).

De informatiestroom van het ziekenhuis naar de huisarts

Wat betreft de opname vindt 82,3% van de huisartsen dat ze goed geïnformeerd zijn, ook bij een spoedopname van één van hun patiënten.

Toch worden hier ook knelpunten blootgelegd. De communicatie naar de arts bij overlijden, ontslag en interne transfer, komt in de enquête naar voor als ondermaats.

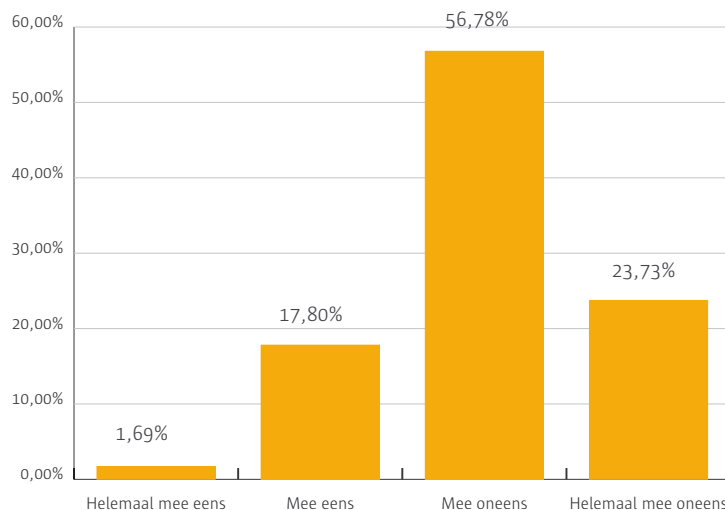
Van de 124 huisartsen zijn er 60 (48,4%) niet tevreden over de informatie betreffende het overlijden van hun patiënt. Voor ontslag komt dit op 42,1% van de huisartsen. Wat de informatie betreft over de transfer van hun patiënten is zelfs 66,9% van de huisartsen niet tevreden over deze communicatie. Daarbij merken we eveneens dat bijna 41% van de huisartsen niet tevreden is over de volledigheid van de informatie die ze ontvangen betreffende hun patiënten en enkele meer zijn ontstemd over het tijdstip van ontvangst van de informatie (45,8%). Tevens zien we dat 46% van de huisartsen ontevreden is over de informatie betreffende de beslissing genomen in verband met de therapie en behandeling van hun patiënten. De informatie die de huisarts aanreikt aan het ziekenhuis wordt wel naar waarde geschat (79,4%).

Informatie over de werking van het ziekenhuis komt goed over, vooral het tijdschrift "Infusie" reikt voldoende informatie aan (91,5%).

De respons die huisartsen krijgen van hun patiënten

Deze is goed voor diabetesverpleegkundigen, de dienst Intensive Zorgen, de Palliatieve eenheid, de Sociale dienst en in mindere mate de Revalidatiedienst. Volgens 68,4% van de huisartsen percipiëren hun patiënten de werking van de dienst Spoedgevallen als niet positief.

De betrokkenheid in de besluitvorming bij ontslag van patiënten



Het Multidisciplinair Oncologisch Consult(MOC)

Het grootste deel van de respondenten (96,8%) vindt het MOC een zeer goed initiatief. Slechts 52,7% van de huisartsen verklaarde zich "helemaal mee eens" tot "mee eens" wat betreft de deelvraag uitgenodigd te worden tot het MOC, daarbij neemt slechts 27,7% van de huisartsen na uitnodiging deel aan het MOC.

Mobiele toegankelijkheid van het ziekenhuis

Wat de mobiele toegankelijkheid van het ziekenhuis betreft geeft 33,3% van de huisartsen aan niet tevreden te zijn over de bereikbaarheid van de centrale campus. Daarbij is 49,6% van de respondenten ontevreden over de parkeerfaciliteiten.

¹ Tevredenheidsstudie bij huisartsen in de regio Waasland en omgeving over de samenwerking met het AZ Nikolaas, Meesterproef M.F. Vranckx, promotor prof.dr. J.Bilsen VUB, Faculteit Geneeskunde en Farmacie, Master in Management en Beleid van de Gezondheidszorg.

Marc Buts
Kwaliteitscoördinator
marc.buts@aznikolaas.be

Conclusie en aanbevelingen

Uit de dialoog met de huisartsen na bespreking van deze resultaten zijn een aantal voorstellen geformuleerd:

- Het verhogen van de snelheid waarmee men aan de telefoon te woord gestaan wordt, zou kunnen door het creëren van een voorkeursrouting voor inkomende gesprekken van huisartsen, hun nummers zouden voor de telefonistes identificeerbaar moeten zijn. Het uitbreiden van het afsprakensysteem 'Ultragenda' van intern naar extern kan ook de snelheid verhogen. Huisartsen merkten op dat een update van het boekje met specialisten wenselijk is, desnoods een gecondenseerde versie. Een lijst van specialisten op de website met foto erbij zou ook handig zijn.
- Het struikelblok van de contacten met de verpleging lijkt moeilijker op te lossen gezien de grote turnover en de voortdurende bestaffingsproblematiek.
- Voor de doorstroom van informatie over ontslag, transfer en overlijden zou een uitbreiding van het systeem van de flashberichten onder vorm van summier berichten kunnen helpen.

Het AZ Nikolaas neemt de resultaten van deze bevraging en de voorgestelde aanbevelingen zeer ter harte en zal nieuwe initiatieven ontplooiën, naast de lopende projecten die de dienstverlening en de samenwerking naar huisartsen kunnen verbeteren.

5 oktober 2010:

Symposium Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO) Waasland

Op 5 oktober was het stadhuis van Sint-Niklaas het decor voor een symposium van het Wase Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO). Onder een overweldigende belangstelling werd dit overleg tussen huisartsen en open officina-apothekers nader toegelicht in een aantal uiteenzettingen.

Het is duidelijk dat een goede doorstroming van informatie tussen zorgverstrekkers van primordiaal belang is om tot kwaliteitsvolle patiëntenzorg te komen. Meer en meer wordt hiervoor een beroep gedaan op geïnformateerde communicatie. Zo werd zowel het patiëntendossier dat aangelegd wordt door de apotheker als door de huisarts uitvoerig toegelicht. Vooral op het vlak van het farmaceutisch dossier dat beheerd wordt door de huisapotheker zijn er nieuwe impulsen die de volledigheid van de gezondheidsinformatie rond de patiënt moet bewaken.

Ook het Kenniscentrum heeft in een recente studie onderkend dat de transitie momenten voor een patiënt bijzonder kritisch zijn. De volledigheid van de informatie is van cruciaal belang. Hiervoor worden allerlei documenten gebruikt. De studie van het Kenniscentrum is echter kritisch voor deze vorm van communicatie en moedigt initiatieven aan die dit traject zouden kunnen ondersteunen.

Vanuit AZ Nikolaas werd een proefproject voorgesteld dat precies als doel heeft om de informatiedoorstroming op deze transitie momenten te optimaliseren. De documenten resulteren uit een kleinschalige studie die uitgevoerd werd door ziekenhuisapotheker-in-opleiding mevr. Marleen Van Hove. De verdere uitrol van dit project verloopt

onder toezicht van de klinisch apothekers, mevr. Katrien Blauwhoff en mevr. Charlotte Verstringhe. Het waren ook deze beide klinisch apothekers die de gebruikte documenten uitvoerig toelichtten. In eerste instantie is er een document ter beschikking voor de huisarts dat gebruikt kan worden bij verwijzing van de patiënt naar het ziekenhuis. Er is ruimte voorzien om alle mogelijke medicatie toe te voegen aan dit document. Op die manier kan het volledige bilan van de medicamenteuze behandeling op een gestructureerde wijze aangeboden worden. In opvolging van het symposium werd dit document via de Huisartsenkoepel verspreid naar alle huisartsen.

In het ziekenhuis wordt aanvullend een specifiek anamnesedocument gebruikt. Dit dient ingevuld te worden door de verpleegkundigen van de afdeling en probeert via gerichte vragen de informatie nog verder aan te vullen. Tenslotte is er nog een ontslagdocument waar op een overzichtelijke manier de medicatie bij ontslag wordt meegegeven aan de patiënt of zijn familie.

Dat deze avond wel degelijk een impact kan hebben, leiden we af uit de stappen die de volgende dagen gezet werden om de uitwisseling van informatie uitgaande van het apothekersdossier minder omslachtig te maken.

Dr. Marc Geboers
Medisch directeur



AZ Nikolaas op de loop!

Ook in 2011 komt AZ Nikolaas opnieuw sportief uit de hoek met op **17 april 2011** een deelname aan de **'Antwerp 10 miles'**. Iedereen die rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken is bij het ziekenhuis (medewerkers, ziekenhuisartsen, huisartsen,...) kan deelnemen. Ook partners, kinderen, ouders,... zijn welkom. We streven naar 150 deelnemers om AZ Nikolaas te vertegenwoordigen, maar hopen stiekem om 200 sportievelingen warm te maken voor dit groots evenement. Deelnemers kunnen kiezen uit drie afstanden: 5 km, ten miles (16,2 km) en de volledige marathon (42,196 km).

Ook **niet-lopers** of **beginnende lopers** kunnen deelnemen. Hiervoor wordt een **'Start to run'** programma opgestart waarbij gedurende 12 weken begeleid getraind zal worden. Deze 'Start to run' zal waarschijnlijk rond 18 januari van start gaan. Wie geïnteresseerd is om deel te nemen kan zich best aanmelden via e-mail (duidelijke vermelding 'Start to run') bij patricia.walrave@aznikolaas.be. U ontvangt dan de concrete informatie en verder planning via e-mail.

Geoefende lopers die samen willen trainen, kunnen deelnemen aan de **gezamenlijke trainingsloop**, elke zondagochtend om 10 uur. De laatste training waren er al 20 sportievelingen aanwezig. Deze trainingen vinden beurtelings plaats in Sint-Niklaas, Waasmunster, De Klinge en Beveren. Het programma voor **december** is het volgende:

5 december: Waasmunster (verzamelen op parking Rosenberg taverne, Patotterijstraat 1, Waasmunster)

12 december: De Klinge (parking achter kerk in centrum Klingedorp)

19 december: Hof ter Saksen (parking naast park via Zandstraat)

26 december: Het Ster (parking aan Lange Rekstraat, Sint-Niklaas)

Tijdens de nieuwjaarsloop en training op 2 januari 2011, op het Ster, waar we alle Sylvester- en Nieuwjaarskaters zullen weglopen, trakteren de artsen de deelnemers op de goede afloop met een glaasje "bubbels".

Wil je deelnemen aan de Antwerp 10 miles?

Meld u dan aan via e-mail bij Patricia Walrave (patricia.walrave@aznikolaas.be). Vergeet ook partner, kinderen, ... niet aan te melden, dit in verband met de verzekering. Gelieve ook te vermelden of u wenst deel te nemen aan het 'Start to run' programma of aan de gezamenlijke trainingsloop op zondag. Wie ingeschreven is, ontvangt een **waardebon van € 10** voor sportaankopen bij Runners Service te Beveren. U kunt daar met de bon bijkomende reductie vragen voor loopkledij van het merk Fusion.

Tijdens de "10 miles" wordt er gelopen met een gepersonaliseerd loopshirt met logo en een tekst of boodschap. Hiervoor doen we een beroep op jullie creativiteit om voorstellen te doen voor een originele tekst. Voorstellen: patricia.walrave@aznikolaas.be.

Na inspanning volgt ontspanning, de "afterparty" (blarenfuif) zal waarschijnlijk plaatsvinden in mei 2011.

Tot binnenkort, in sportoutfit!

dr. Frank de Keyser, dr. An Hofman,
dr. Dirk Schepens, dr. Frank Thiessen,
dr. Herman Van de Vyver, dr. Gerd Van Esbroeck,
dr. Stephen Verbeke en dr. Anne-Marie Verbruggen





Pensioen dr. Luc Vanduffel

Op 1 juli dit jaar, na een zeer succesvolle carrière, begon Dr. Luc Vanduffel aan zijn welverdiende pensionering. Dr. Vanduffel (Duffy voor de intimi) was anesthesist in AZ Nikolaas sinds 1989, toen stapte hij over van ziekenhuis De Pelikaan in Temse naar AZ Maria Middelaars in Sint-Niklaas waar hij een ploegske van 3 anesthesisten vervoegde; Dr. De Brabanter, Dr. Koslowski en Dr. Van Buyten. Hij was toen reeds veel jaren "dé" anesthesist van Temse waar hij alle activiteiten van anesthesie en intensieve zorgen had opgestart. Ook zeer vroeg was hij geïnteresseerd in de Pijntherapie.

De ploeg in Maria Middelaars breidde snel uit, Dr. Vanduffel werd diensthoofd, en slaagde er ook in om opleidingsbevoegdheid te krijgen. Samen hebben we een twintigtal jonge geneesheren begeleid gedurende een of twee jaar van hun opleiding. Na de fusie tussen AZ Waasland en AZ Maria Middelaars zette hij een stap opzij ook wegens enkele, gelukkig tijdelijke gezondheidsproblemen.

Luc Vanduffel is een arts in hart en nieren, hij had het in de wieg meegekregen, zijn vader was immers een bekend longarts in Antwerpen. Zelden hebben we zo'n toegewijde arts gezien, altijd klaar om patiënten te helpen, altijd even vriendelijk in de omgang met collega's, patiënten en medewerkers, een echte gentleman. Op professioneel vlak was hij zeer belezen en tot aan zijn pensioen up to date. Hij was ook een goed teacher en doceerde gedurende jaren de cursus anesthesie in de naburige verpleegsterschool.

Grote mensen weten wanneer ze het vaandel moeten doorgeven, Luc Vanduffel geniet nu met volle teugen van het leven; hij is een echte Bourgondiër geworden, laverend tussen de Franse Provence en de Belgische kust, genietend van pastis en jeu de boules, enerzijds, van zijn kinderen en kleinkinderen anderzijds.

Het doet ons genoeg te zien dat hij ervan geniet, maar toch missen we Duffy in het ziekenhuis omwille van zijn vriendschap, collegialiteit, humor en uitermate professionalisme.

Dr. Vanduffel, Luc, mijn collega en vriend, geniet ervan.

Dr. Jean-Pierre Van Buyten

Dag Sint-Niklaas



Nog een stevige handdruk van de Opper-Piet en een zegenend gebaar van de Sint zelve. Dan zwaait met een luide klap de zware toegangspoort dicht. Acht jaar in het heilige hoofdkwartier van Sint-Niklaas ligt nu definitief achter mij. Acht jaar ervaring in hét universum tussen kindvriendelijk entertainment en keiharde business, het zal bijzonder fraai ogen op mijn curriculum vitae.

Het is een unieke ervaring in een nooit eindigende cyclus telkens weer te werken naar die éne climax: de wonderlijke avond van 5 december. Als buitenstaander heb je geen idee welke voorbereiding nodig is om jaarlijks weer zo'n bruisend feest te organiseren. Bij mijn indiensttreding bij Zijne Heiligheid, moest ik een "non-disclosure" clause ondertekenen. Maar bij het meedelen van mijn nakend ontslag, kreeg ik van de baas toch een vrijgeleide om een tipje van de sluier op te lichten.

Zo is het een voortdurend aandachtspunt de lijst "brave kinderen" up-to-date te houden. Aanpassingen op leeftijd zijn eenvoudig. Moeilijker is het opvolgen van wie om andere redenen niet langer in aanmerking komt als "braaf kind" gecatalogeerd te worden. Verblijf in een gesloten jongerenopvangcentrum is een belangrijk, maar geen absoluut criterium. Maar... kinderen die blijken geven van ongegronde twijfel aan de Sint en zijn missie, kunnen niet langer aanspraak maken op het predicaat "braaf". Zij worden dan ook radicaal, maar steeds met pijn in het hart, geschrap uit het Grote Boek.

Een belangrijke klus binnen de NV Sint-Niklaas is het inspelen op "moderne evoluties". Ondanks Zijn gevorderde leeftijd blijft de Sint gevoelig voor innovatie en probeert Hij de vinger aan de pols van de tijd te houden. En er is zoveel om in de gaten te

houden. Speelgoed, ja zeker! Dat is evident. Maar er dient ook uitgekeken te worden naar nieuw en aantrekkelijk snoepgoed. Het moderne kind is niet langer tevreden met wat nic-nacjes of een marsepein varkentje. En er moet nagedacht over het aanboren van nieuw assortiment in de fruitsector.

Ook in Spanje lopen, onder impuls van Europa, de loonkosten aardig op (zelfs voor zwart(epieten)werk) en de Sint is dan ook verplicht om andere markten te verkennen. Deze toenemende kosten nopen de Heilige Man uit te kijken naar rationalisatie en schaalvergroting. Gesprekken met Sint-Maarten hebben al geleid tot een prefusioneel akkoord en een vergevorderde, structurele samenwerking. Maar onderhandelingen met de Kerstman verlopen eerder moeizaam. Praktische problemen zoals de esthetiek van een zwarte Pieterman op een roodneuzig rendier, doorkruisen het overleg. En wie het breed ziet zoals de visionaire Sint, wil zelfs wel eens een eitje opgooien bij de Paashaas. Een belangrijk aandachtspunt is de fysieke paraatheid van de Sint, zijn schimmel Goed-Weer-Vandaag en zijn knechten. Na 6 december heeft de Sint er even genoeg van. De concentratie, nodig om in vaak barre weersomstandigheden op daken rond te rijden en in schoorstenen neer te dalen, eist zijn tol. Vanaf de lente herneemt de Sint zijn basistraining. Geleidelijk wordt het tempo opgevoerd en na de zomer wordt een snuifje acrobatie toegevoegd. En op de avond van 5 december staat Hij er weer helemaal. Ook de Pieten volgen een intens fitness-programma zodat lopen op de handen of hangen in de mast geen probleem oplevert.

Sint-Niklaas, appelbaas van het Land van Waas, het ga je goed!

Dr. Marc Geboers

Nieuwe uitdaging voor dr. Hendrik Delport

Na 27 jaar orthopedische chirurgie terug naar oude liefde



Dr. Hendrik Delport, als orthopedisch chirurg al meer dan 25 jaar een gevestigde waarde in het Waasland, verlaat AZ Nikolaas en gaat een nieuwe uitdaging aan. We blikken samen terug op zijn succesvolle carrière en kijken vooruit naar de toekomst.

Hoe lang bent u in het Waasland actief geweest?

H. Delport: Ik ben afgestudeerd aan de KU Leuven in 1978 waarna ik mij gespecialiseerd heb in Pellenberg, Gasthuisberg en Vancouver (Canada). In 1983 ben ik begonnen in Beveren en in 1985 ben ik geassocieerd met dokter P. Van der Stichele in de Stadskliniek. Ik ben dus 27 jaar in het Waasland actief geweest.

Hoe kijkt u zelf terug op deze periode in uw leven?

H. Delport: Met veel voldoening. Het was een zeer aangename periode. Wij zijn er in geslaagd om vanuit een kleine entiteit uit te groeien tot één van de grootste orthopedische diensten in Vlaanderen met een uitstekende nationale en zelfs internationale reputatie en uitstraling.

Sinds wanneer hebben jullie gekozen voor subspecialisatie?

H. Delport: Toen dokter Johan Hens ons vervoegde, kreeg ik de mogelijkheid om mij meer specifiek te gaan toeleggen op heup- en kniechirurgie. Met de verdere uitbreiding van onze groep is dit steeds verder geoptimaliseerd zodat wij nu in onze Care To Move-groep (CTM) beschikken over een aantal echte specialisten in deelgebieden van de orthopedische chirurgie.

Welke veranderingen heeft u in uw vakgebied meegemaakt en hoe ziet u de orthopedische chirurgie verder evolueren?

H. Delport: Die evolutie is fenomenaal. Toen ik begon, stond de arthroscopie nog in de kinderschoenen en werd het voornamelijk gebruikt als diagnostische techniek. Reeds heel vroeg ben ik arthroscopie als therapeutisch instrument gaan gebruiken. Initieel werd het vooral gebruikt in geval van kniepathologie, actueel wordt arthroscopie quasi voor alle gewrichten toegepast: schouder, pols, enkel, elleboog en heup.

Ook in de prothesechirurgie is er een duidelijke evolutie. Wij zijn vrij vroeg gestart met cementloze heupprothesen. Dan zijn er de resurfacing heupprothesen gekomen voor de jonge actieve patiënt, met nu de nieuwe generatie; de recaprothesen. Ik heb ook mee een eigen knieprothese ontwikkeld die gedurende meer dan tien jaar geïmplanteerd werd met mooie resultaten. Wij zijn nu volop bezig met 'Customized Instrument' waarvan ik er vorig jaar reeds verscheidene plaatste. Ik ben nu aan het nagaan of de outcome wel overeenstemt met het beoogde resultaat.

Wat beschouwt u zelf als je grootste verwezenlijking? Wat heeft u de meeste voldoening gegeven?

H. Delport: In de eerste plaats de uitbouw van een dergelijke gerenommeerde dienst waardoor specialisten van over heel de wereld op bezoek komen.

Ik ben ook fier op het jointcare programma voor heup- en kniepatiënten die een gewrichtsvervangende operatie ondergaan en dat ondertussen al meer dan tien jaar loopt. Wij waren bij de eersten om dit te introduceren. Wij zijn ook één van de weinige niet universitaire centra met opleidingsbevoegdheid.

Lang geleden bent u in samenwerking met dokter Herman Thiels gestart met het SMAK (= sportmedisch adviescentrum). Hoe kijkt u daar op terug?

H. Delport: Dat was toen een unieke samenwerking tussen verschillende disciplines op het gebied van sportbegeleiding. Pas achteraf zijn de universitaire ziekenhuizen ook op die kar gesprongen. Het werk in onze praktijk nam evenwel zodanig toe dat ik mij minder en minder kon focussen op sportmensen. Dokter Johan Hens en dokter Kris De Mulder zijn zich toen meer gaan bezighouden met sportletsels. Uiteindelijk hebben wij dit moeten afbouwen.

U heeft ook samengewerkt met de National Health Service (NHS). Hoe is dat verlopen?

H. Delport: Door de lange wachttijd voor prothesechirurgie in Engeland zijn we gecontacteerd door een afgevaardigde van de NHS met de vraag om dergelijke patiënten te opereren. Gedurende meer dan één jaar hebben wij dat gedaan. Ik ging zelfs om de veertien dagen voor één dag naar Londen om er consultatie te doen. Voor Nederlandse patiënten bestaat er trouwens nog steeds een overeenkomst met Achmea, een grote zorgverzekeraar.

Zijn er bepaalde zaken die u nog gerealiseerd had willen zien?

H. Delport: De fusie tussen AZ Waasland en AZ Maria Middelaars heeft een hele verandering met zich meegebracht. Ze heeft geleid tot een uitbreiding van onze associatie met de oprichting van de CTM-groep als gevolg, wat uiteraard een positief resultaat is. Het liefst had ik gezien dat we op één locatie zouden kunnen werken, maar misschien komt dat er in de toekomst ooit nog eens van.

U gaat ons nu verlaten en u toelagen op wetenschappelijk werk. Wat houdt dat in?

H. Delport: Vroeger, toen ik nog in opleiding was, heb ik mij daar ook mee bezig gehouden. Ook na mijn assistentschap ben ik nog een drietal jaren in het labo werkzaam geweest en was ik aan de universiteit verbonden als consulent.

Door de toename van de activiteit in het Waasland heb ik dat toen moeten opgeven. Ik deed dat graag; het is dus een beetje terugkeren naar een oude liefde.

Ik ga mij bezighouden met research. Ik ben bezig met een project om de ligamentaire spanning bij patiënten met een knieprothese na te gaan. Dit zou moeten uitmonden in een doctoraatsthesis. Ik wil ook nog een aantal publicaties afwerken. De gegevens zijn verzameld, maar ik heb nog geen tijd gehad om ze uit te werken.

Er is ook een aanbieding om te komen werken in een spinoff van de KUL in verband met tissue engineering en ik wil graag ook wat meer tijd besteden aan vrouw en kinderen welke ik toch wel wat verwaarloosd heb.

Dr. Leo Verguts

Preoperatieve consultatie

Sinds 18 november 2010 werd er vanuit de dienst Anesthesie gestart met preoperatieve consultaties. Doel is om op een nog kwaliteitsvollere wijze anesthesie te kunnen geven. De pathologie van de patiënten is soms zeer complex en er is regelmatig nood aan bijkomende onderzoeken en adviezen om op een verantwoorde manier te kunnen werken. Onverwachte annulaties kunnen door een preoperatieve consultatie worden vermeden en het heeft dan ook een gunstige invloed op de verantwoorde ligdagen. Verder is een preoperatief consult voor veel patiënten ook een moment waarop nog vele vragen omtrent de preoperatieve zorgen, postoperatieve pijnstilling en nazorg kunnen worden opgehelderd. Naast mondelinge informatie zullen de patiënten dan ook gerichte informatiebrochures en/of neergeschreven instructies meekrijgen. Zij worden uitgebreid geïnformeerd door de pijnverpleegkundige over de verschillende soorten pijnstilling en er zal dan in overleg met de patiënt en de anesthesist gekozen worden voor de meest gepaste vorm. Tevens wordt de patiënt geïnformeerd over nog een aantal specifieke items, zoals bijvoorbeeld wat te doen met de thuismedicatie,...

Om alles vlot te laten verlopen wordt de patiënt ten laatste 48 uur voor de ingreep op de consultatie verwacht in het bezit van de nodige pre-operatieve onderzoeken, die bij de huisarts zijn uitgevoerd. Het gaat om ASA II, III en IV patiënten (de verklaring van deze classificatie is per mail naar alle chirurgen gestuurd). Alle chirurgen zullen folders ontvangen die zij aan de patiënt kunnen meegeven.

De afspraken kunnen worden gemaakt op het nummer 03 760 85 48 (Nele Tulkens) met vermelding van:

- naam van de patiënt;
- soort operatie;
- datum van operatie;
- naam chirurg;
- campus van operatie/opname.

Kortom minder ligdagen, minder onverwachte annulaties en gerustere patiënten, dit alles in de hoop zo een goede kwaliteit wat betreft anesthesie en analgesie te kunnen leveren naar chirurg en patiënt toe. Alsook nog een extra meerwaarde binnen de brugfunctie tussen ziekenhuis en eerste lijnszorg (huisarts).

Dr. Charlotte Stolte
Anesthesie

Stof tot nadenken

dr. Francis Ruys

Uit het niets galmde een oerknal. 13.700.000.000 jaren terug in onze tijdrekening. Wat voorafgaat overstijgt ons begripsvermogen. Maar sinds die openbaring hebben botsende atomen geduldig geëxperimenteerd om de planeet aarde leefbaar te maken voor de mens, die ook wel eens, enigszins eufemistisch, homo sapiens genoemd wordt.

Cyclussen malen onverstoortbaar. Ieder jaar maakt de aarde haar pirouette rond de zon, waarvan alle leven afhankelijk is. Die zon zorgt ervoor dat om de drieduizend jaren een hoeveelheid water, gelijk aan alle oceanen, verdampt en zuiverend naar de aarde terugkeert (een niet onaanzienlijke deel in ons land). En wie ooit tussen koraalriffen zwom of over bergketens uitkeek, waant soms het aards paradijs nabij.

De laatste drieduizend jaren heeft ook homo sapiens – onder het voorwendsel van vooruitgang - actief ingegrepen in de natuurlijke evolutie. Uit klimaatconferenties weten wij dat dit geen onverdeeld succes is. De problemen, die op ons afstormen, worden in kaart gebracht, maar van oplossingen wordt enkel gedroomd.

De grootste bekommernis is de opwarming van de aarde door het broeikas-effect (in de beklagdenbank o.a. koolstofdioxide, methaan en stikstofoxide). Die opwarming is niet voor morgen en kan – zeker in de wintermaanden – op weinig begeestering rekenen bij de doorsneeburger. De term is ongelukkig gekozen en vandaag hanteert men bij voorkeur de omschrijving klimaatverandering. Die term weerspiegelt juister de aanpassingen in habitat en voedselproductie, die zullen plaatsgrijpen. Met onvermijdelijke migratiestromen, die de huidige in een veelvoud zullen overtreffen. De hoofdschuldigen voor de ongebreidelde verbranding van fossiele brandstoffen (kamp Noord van de aardbol) schuift de kwalijke gevolgen door naar de ontwikkelingslanden. Op het vlak van gezondheid verwacht men dat de hogere temperatuur vleugels zal geven aan heel wat infectieziekten (o.a. malaria). Het is maar de vraag of wij de vindingrijkheid zullen hebben om tijdig nieuwe vaccins en antimicrobiële middelen in stelling te brengen.

Dichter bij huis zijn er ook milieuproblemen, die een meer onmiddellijk impact hebben op onze gezondheid. In het verstedelijkte Vlaanderen wonen wij onder een deken van luchtvervuiling. Sinds de 'killer smog', die in de jaren '30 de Maasvallei teisterde, is er naar deze problematiek uitgebreid onderzoek gevoerd. In de jaren '70 werden belangrijke inspanningen gedaan om de luchtkwaliteit in stedelijke agglomeraties te verbeteren. Dat we de laatste decennia langer leven, is voor minstens 15 % toe te schrijven aan zuiverdere lucht in onze longen.

Luchtvervuiling is een complex probleem. Er zijn enerzijds fijne stofdeeltjes (opgedeeld volgens hun diameter kleiner of groter dan 2,5 micrometer) en gasvormige pollutanten. Het effect van de individuele componenten en hun interactie is niet te ontrafelen, maar epidemiologisch onderzoek laat geen twijfel over de schadelijke weerslag van dit stof op de gezondheid. De hoofdschuldige is het verkeer (onder- en bovengronds). En het mag verrassend lijken, maar minder dan tot longproblemen, geeft dit aanleiding tot toegenomen cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit (door infarct, CVA of hartfalen). De effecten zijn vaak zichtbaar in de uren na een verhoogde blootstelling. Een Zweedse studie, bij meer dan 200 patiënten met een defibrillator ingeplant, registreerde meer ritmeproblemen op het ogenblik dat de luchtvervuiling toenam (wetenschappers postuleren als oorzaak o.a. endotheeldysfunctie, prothrombotische veranderingen, autonome ontregeling en versnelde atherosclerose, maar hebben hierover nog niet hun laatste artikel gepleegd).

Hoe staan wij als artsen tegenover deze problemen? Op het individuele vlak zou men kunnen kiezen om het gaspedaal voortaan pianissimo te bespelen en niet meer allegro andante. Wanneer ik het wagenpark aan ons ziekenhuis overschouw, vrees ik echter voor een presto volante aanpak. Op collectief vlak is onze rol sensibiliserend naar beleidsmakers en bevolking. Te wijzen op de bedreigingen van onze leefwijze voor de gezondheid. Want de mens is hardleers voor de lessen van de natuur. En op een tweede zit moeten we niet rekenen.

In onze niet aflatende vlucht vooruit, gaan we voorbij aan de essentie. Het voorrecht om – door een toevallige tête à tête van twee gameten – een schakel te zijn in die lange keten van leven. De overleving van die keten is in onze genen geprogrammeerd. Te vaak gebruiken we die programmatuur als een goedkope spelcomputer. Er is meer.

