Afgiftekantoor 9100 Sint-Niklaas 1
P209199

België - Belgique
P.B.
9100 Sint-Niklaas 1
BC 1517

AZ Nikolaas

Infusie

13

08 Hemovigilantie

10 Infusie sprak met:
dr. Marc Geboers & prof. dr. Philippe Duyck

18 Ortho-Geriatrie: een potentiële win-win situatie

20 2011: het jaar van de grote wissel

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas

Jaargang 4 - nr. 13
maart - april - mei 2011
Driemaandelijks tijdschrift
Verantwoordelijke uitgever en afzender:
Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1 - 9100 Sint-Niklaas

COLOFON

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:
Henk Cuvelier
dr. Jo De Schepper
dr. Yvan Valcke
dr. Pascal Van Ranst
dr. Anne-Marie Verbruggen

VORMGEVING:
Dienst communicatie AZ Nikolaas

ILLUSTRATIES:
Alex Deyaert
Natalie Nevelsteen
Dr. Francis Ruys
Neil Vancraeynest

Inhoud

Edito	3
Antibioticabeleid	4
Nationale campagne handhygiëne: U bent in goede handen	6
Hemovigilantie	8
Pensioen dr. Dominique Jadoul	8
Infusie sprak met: dr. Marc Geboers & prof. dr. Philippe Duyck	10
European Group on Ethics in Science and New Technologies	16
Paspoort Nieuwe artsen	17
Ortho-Geriatrie: een potentiële win-win situatie	18
2011: de grote wissel	20
Nieuwbouw campus Beveren uit de startblokken	22
Afscheid dr. Pascal Peeters	23
To statin or not to statin?	24

Agenda

14 april	**Videoconferentie**
30 april	**Opening vernieuwde pijnkliniek**
12 mei	**Videoconferentie**
9 juni	**Videoconferentie**

De meest recente informatie m.b.t. bijscholingen of activiteiten van de Huisartsenkoepel Waasland zijn terug te vinden op de website www.huisartsenkoepelwaasland.be onder de rubriek “navorming” en “kalender”.

Edito

Beste lezer
Voor u ligt het dertiende nummer van Infusie. Het is ons weer gelukt. We zijn 'content'. Ook onze primaire doelgroep, de huisartsen van het Waasland zijn tevreden, zo blijkt uit de enquête die in 2010 werd uitgevoerd en welke in het vorige nummer uitvoerig werd belicht.
Ik wens dan ook in de eerste plaats alle artsen en andere ziekenhuismedewerkers te bedanken voor hun inzet en bijdrage aan het huidige en alle vorige nummers. Het is immers niet evident om na een meer dan goed gevulde dagtaak 's avonds nog eens de pen ter hand te nemen.
Maar communicatie is belangrijk, zeker in een snel veranderende organisatie als de onze. Infusie heeft als doel om informatie vanuit AZ Nikolaas te laten doorstromen naar onze verwijzers. De redactie kan dit niet alleen. Via deze weg roep ik dan ook alle ziekenhuisartsen op om proactief mee te werken. Informatie over nieuwe technieken, evoluties, symposia,... het kan alleen maar bijdragen tot een betere samenwerking en verstandhouding.

Ook u als lezer kunt uw steentje bijdragen: heeft u het gevoel dat u over bepaalde onderwerpen niet voldoende geïnformeerd bent, of mist u bepaalde thema's in Infusie,...? Laat het ons zeker weten! (communicatie@aznikolaas.be)

Onze vroegere medische kapitein, dr. Marc Geboers, die ons door de eerste woelige jaren van de fusie heeft geloodsd, heeft ondertussen het schip verlaten. In 'Infusie sprak met...' blikken we terug op zijn doortocht in het Waasland en introduceren we prof. dr. Philippe Duyck, vanaf 1 april 2011 zijn opvolger.

Marc, bedankt! Het ga je goed!

Philippe, welkom aan boord!

dr. Leo Verguts
Waarnemend medisch directeur

Antibioticabeleid
in het AZ Nikolaas

De actuele en mondiaal verspreide bezorgdheid om voorzichtig om te gaan met antimicrobiële middelen kent meerdere redenen:

1. Er is een belangrijke **ecologische reden**:
   Overmatig gebruik van antibiotica (onnodige indicatie, verkeerde dosis, te langdurig gebruik, enz.) leidt onvermijdelijk tot toenemende resistentie. Aanhangers van de Darwinistische evolutieleer zullen inderdaad snel begrijpen dat ongecontroleerd gebruik van antibiotica via het mechanisme van "survival of the fittest" zal leiden tot de uitselectie van resistente mutanten, die in een microbiële populatie snel de overhand nemen. Op deze manier ontstaan al snel micro-organismen die niet langer gevoelig zijn voor de beschikbare antibiotica en die aldus steeds moeilijker behandelbare infecties veroorzaken. Een belangrijke strategie tegen deze snelle resistentie-ontwikkeling is een zorgvuldig antibioticumbeleid.
2. Er groeit stilaan een **schaarste aan beschikbare antibiotica**:
   De farmaceutische industrie investeert steeds minder in “research and development” van anti-infectieuze middelen: dit komt voornamelijk omdat de lifecycle van antibiotica, juist door de toenemende resistentie, korter is dan van andere pharmaca. Het is dan ook heel duidelijk dat we zorg moeten dragen voor de antibiotica die we heden ter beschikking hebben.
3. Er is een belangrijke **economische reden**:
   Het geneesmiddelbudget vertegenwoordigt inderdaad de snelst groeiende component in onze gezondheidszorg, en de uitgaven voor antimicrobiële middelen maken daar een belangrijk onderdeel van uit, onder andere omdat men steeds meer en duurdere antibiotica voorschrijft. Het blijkt in de praktijk dat men relatief goedkope antibiotica steeds vaker door relatief duurdere antimicrobiële middelen vervangt. Nochtans kunnen ook deze nieuwe en duurdere antibiotica op hun beurt resistente bacteriën uitselecteren zodat we in een vicieuze cirkel terechtkomen.
4. Tot voor kort was de universitaire opleiding betreffende infectieziekten, de pharmacologie van antimicrobiële middelen en infectiecontrole onvoldoende. Hierdoor bestaat de neiging om een "brede paraplu open te trekken" en **antibiotica voor te schrijven op een incorrecte manier** (onnodige lange profylactische antibiotica, een onnodig en ecologisch onverantwoord breed spectrum, antibiotica bij verkeerde indicatie, bij virale respiratoire infecties,...).

Onder andere omwille van deze vier redenen, werd in België een aantal initiatieven genomen met als doelstelling het antibioticumgebruik beter te structureren, en voornamelijk resistentie-ontwikkeling tegen te gaan.

Een pilootproject hieromtrent werd gerealiseerd door het ontwikkelen van een voorbeeldig beleid van peri-operatieve antibioticaprofylaxie: er werd gesleuteld aan de terugbetalingsmodaliteiten en er werden aanbevelingen uitgevaardigd voor het meer rationaal gebruik van antibiotica bij heelkundige ingrepen.
Deze aanpak resulteerde in een significante reductie van zowel het antibioticaverbruik als van de kosten, zonder te resulteren in een toename van postoperatieve wondinfecties. Er wordt geschat dat deze aanpak een jaarlijkse besparing van ongeveer 5 miljoen euro op de heelkunde-gebonden antibiotica-uitgaven in België vertegenwoordigt.

Een ander belangrijk project was het oprichten van de **antibiotherapiebeleidsgroepen (ABTBG)**. Dit zijn advies- en follow-up organen bij het gebruik van antimicrobiële middelen en bij de beheersing van resistente micro-organismen. In 2002 startte de overheid hieromtrent een proefproject in 36 ziekenhuizen (waaronder het toenmalige AZ Maria Middelares) maar inmiddels zijn de ABTBG's in ieder ziekenhuis verplicht. De ABTBG sorteert onder het medisch pharmaceutisch comité, heeft bepaalde wettelijke opdrachten, een plicht van jaarlijkse rapportering en dient multidisciplinair samengesteld te zijn (clinici, ziekenhuisapotheker, microbioloog, enz.). Aan het hoofd van de ABTBG staat een arts of ziekenhuisapotheker die houder is van een getuigenschrift antibioticatherapiebeleid.
In het AZ Nikolaas bestaat sinds het begin van de jaren '90 al het antibioticacomité (ABC), dat in 2002 opging in het ABTBG.

In ons ziekenhuis werkt het ABTBG heel nauw samen met het comité ziekenhuishygiëne en met de ziekenhuisapotheek. Het ABTBG van AZ Nikolaas focust op volgende taken:

- **Samenwerking met het comité ziekenhuishygiëne**
  Het realiseren van een epidemiologische surveillance waarbij de gevoeligheidspatronen van de micro-organismen voor het ziekenhuis en voor de verschillende ziekenhuisdiensten nauwkeurig gevolgd worden en in kaart gebracht worden. Dergelijke surveillance is essentieel voor het ontwikkelen van gefundeerde richtlijnen.
- **Het opstellen van een antibioticumformularium**
  In het AZ Nikolaas krijgt ieder systeemantibioticum een code van beschikbaarheid toegekend (vrij gebruik, reserve antibioticum, niet beschikbaar). Deze codering wordt jaarlijks herzien en eventuele nieuwe antibiotica worden aan de lijst toegevoegd.
- **Het opstellen van richtlijnen voor het profylactisch gebruik van antibiotica**, o.a. in de heelkunde, **en voor de empirische behandeling** van de meest frequente infectieziekten in ons ziekenhuis.

- **Het organiseren van opleidingen en informatiesessies** betreffende antibiotica en infectieziekten, gericht naar de diverse gezondheidswerkers.
- **Het opstellen van richtlijnen** voor het correct voorschrijven van antimicrobiële middelen, o.a. qua dosis, therapieduur, en therapeutische monitoring (serumspiegels).
- **Concrete initiatieven die het optimaal gebruik van antibiotica bevorderen**. Een mooi project hieromtrent was de campagne "Van prikken naar slikken", waarbij er werd gestreefd de duur van IV-toediening van antibiotica zo kort mogelijk te houden, en zo snel mogelijk over te schakelen naar orale antibioticatherapie.
- **Het organiseren van een infectiologische consultfunctie** waarbij op het ABTBG een beroep kan gedaan worden voor de diagnose en het therapeutisch beleid bij infectieziekten, en waarbij wekelijks een multidisciplinaire "infectietour" gebeurt op de dienst Intensieve zorgen.

Ter illustratie toch enkele voorbeeldcijfers van frequente resistentieproblemen:

1. Van de **pneumokokken** (de belangrijkste bacteriële oorzaak van respiratoire infecties en meningitis) zijn in onze regio 30 à 35 % resistent aan macroliden (erythromycine, clarithromycine, azithromycine) en aan tetracyclines.
2. Van **Haemophilus influenza** (een belangrijke oorzaak van respiratoire infecties, otitis media, COPD-exacerbaties en meningitis) zijn 15 à 20 % betalactamase producerend: dit wil zeggen dat de klassieke antibiotica zoals penicilline, amoxicilline, ampicilline en eerste generatie cephalosporines hiertegen niet actief zijn.
3. 20 % van de **E. coli bacterie** (een belangrijke oorzaak van urineweginfecties) zijn in ons ziekenhuis resistent aan fluoroquinolones (levofloxacine; ofloxacine).
4. Van de **Pseudomonas aëruginosa-stammen** (een belangrijke ziekenhuisbacterie) zijn in ons ziekenhuis 10 % van de stammen resistent aan de "zwaardere" antibiotica zoals Meropenem.
5. Van alle **Staphylococcus aureus-stammen** in ons ziekenhuis zijn 10 à 11 % meticilline resistent (MRSA), wat gelukkig nog beneden het nationaal gemiddelde valt.

Deze cijfers tonen aan dat een strikt antibioticumbeleid zeker geen overbodige luxe is. De verschillende initiatieven, waarvan de antibiotherapiebeleidsgroep er één is, zijn dan ook essentieel om ook in de toekomst infectieziekten op een adequate manier te kunnen behandelen.

De evolutie van de geneeskunde (zwaardere chemotherapie, langdurige levensverwachting, zwaardere heelkundige ingrepen, HIV, enz.) maken patiënten inderdaad meer en meer vatbaar voor vaak levensbedreigende infecties. Het zou beschamend zijn als we deze patiënten in de toekomst niet meer kunnen behandelen door nu ons antibioticumbeleid niet zorgvuldig te structureren.

Dr. Yvan Valcke
Longziekten en Infectieziekten
Voorzitter Antibiotherapie-beleidsgroep
yvan.valcke@aznikolaas.be

15/11/2010 - 30/05/2011:

Nationale campagne handhygiëne: U bent in goede handen

De campagne handhygiëne is een gemeenschappelijk initiatief van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, BAPCOC (Belgian Anitibiotic Policy Coordination Committee), het federaal platform voor Ziekenhuishygiëne, BICS (Belgian Infection Control Society), ABHH (Association Belge pour l'Hygiène Hospitalière), NVKVV (Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en vroedvrouwen) en WIV (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid).

Nosocomiale infecties hebben een enorme impact op de volksgezondheid. Uit een Belgische prevalentiestudie (2007) van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg blijkt dat 6,2% van de patiënten, gehospitaliseerd in acute ziekenhuizen, een ziekenhuisinfectie oplopen. Het is algemeen geweten dat ziekenhuisinfecties gepaard gaan met een toename van de morbiditeit, mortaliteit, hospitalisatieduur en gezondheidskosten. Het is ook bekend dat handhygiëne de belangrijkste maatregel is ter preventie van de overdracht van microorganismen tussen patiënten, gezondheidswerkers en de ziekenhuisomgeving. Helaas moeten we vaststellen dat de naleving van de handhygiënevoorschriften (compliance) bij de gezondheidswerkers door allerlei factoren meestal te wensen overlaat.

De huidige campagne bevat twee luiken:
- **Sensibilisatie** van gezondheidswerkers en patiënten aan de hand van campagnemateriaal: affiches, gadgets, quiz en opleidingen.
- **Evaluatie** aan de hand van metingen voor en na campagne:
  a) compliance met handhygiëne door directe observatie;
  b) verbruik van handalcoholgel;
  c) naleving basisvereisten voor goede handhygiëne.

Ook AZ Nikolaas voert mee campagne:
- De huidige campagne is volledig gebaseerd op het document 'Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening' HGR 8349, 2009. We raden iedere gezondheidswerker aan om vertrouwd te zijn met deze aanbevelingen.
- In het voorbije jaar hebben we op een aantal verpleegafdelingen opleiding gegeven aan de verpleegkundigen.
- De cijfers van het verbruik van de handalcohol in ml per verpleegdag per patiënt worden maandelijks aan elke verpleegkundige dienst in feedback gegeven.
- Het team ziekenhuishygiëne heeft ook al de metingen van vóór de campagne afgerond. Deze metingen van de compliance door directe observatie werden dit jaar uitgevoerd op twee kritische diensten: Nierdialyse en Intensieve zorgen. De gegevens worden ingegeven via het NSIHwin en overgemaakt aan het WIV die deze in detail analyseert en terugkoppelt naar de ziekenhuizen (met nationale benchmarking). De compliance cijfers worden gebruikt als feedback naar de gezondheidswerkers tijdens de sensibilisatieperiode.
- Tevens hebben we de naleving van de basisvereisten (geen juwelen, ringen of uurwerken, verzorgde kortgeknipte nagels zonder nagellak, geen gelnagels en beroepskledij met korte mouwen) gemeten door directe observatie. Deze meting gebeurde ziekenhuisbreed over alle diensten en campussen, volgens het observatierooster van het WIV.

Besluit

Het succes van de drie campagnes (in termen van deelname als resultaten) en de nood aan regelmatige herhaling van dergelijke campagnes om tot permanente gedragswijziging te komen, hebben het federaal platform voor ziekenhuishygiëne er toe geleid te kiezen voor een tweejaarlijkse campagne. De huidige campagne loopt van 15 november 2010 tot 30 mei 2011.

Dr. Anne-Marie Verbruggen
Arts ziekenhuishygiënist

federale overheidsdienst
VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

.be

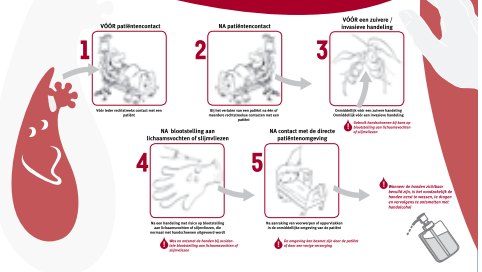
patient-safety.be

NATIONALE CAMPAGNE
HANDHYGIËNE
«U bent in goede handen»

«U bent in goede handen»

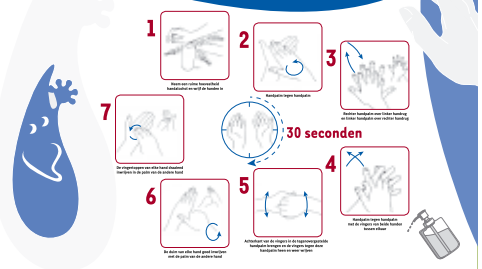
HANDHYGIËNE

WANNEER ?
De 5 indicaties



HANDHYGIËNE

HOE ?
Techniek voor handhygiëne met handalcohol



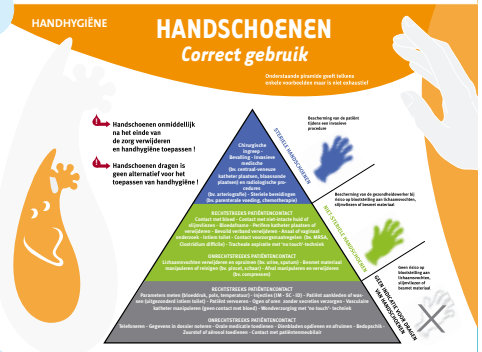
HANDHYGIËNE

WAAROM ?
De 5 redenen

HANDHYGIËNE

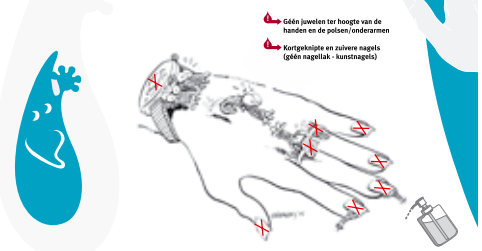
HANDSCHOENEN
Correct gebruik

Onderstaande piramide geeft telkens enkele voorbeelden maar is niet exhaustief



HANDHYGIËNE

NAGELS EN JUWELEN
Een juweel van een hand



V.U. Dirk Cuypers
Lange Lei 160, 1060 Brussel

In overeenstemming met de aanbevelingen van de WHO en de HGR.
Een initiatief van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Een realisatie van het Federaal Platform voor Ziekenhuishygiëne, ABHH, BICS, NVKVV, WIV.
Met steun van BAPCOC en het Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen.

Hemovigilantie

Hemovigilantie of bloedbewaking wordt door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) omschreven als het geheel van controleprocedures in verband met ernstige ongewenste of onverwachte bijwerkingen of voorvallen bij donoren en ontvangers van bloed en bloedcomponenten met als doel de kwaliteit en veiligheid van bloed en bloedcomponenten alsook de veiligheid van de toediening ervan te verzekeren en te verhogen.

Deze ingewikkelde definitie heeft betrekking op de ganse transfusieketen van donor tot ontvanger (patiënt). De bloedtransfusiecentra zijn verantwoordelijk voor het screenen van de bloeddonoren, het uitvoeren van de bloedcollectes, het typeren van het gecollecteerde bloed, het uitvoeren van verschillende testen op een bloedstaal afgenomen bij de donor (o.a. het opsporen van bepaalde infectieuze agentia), het verwerken van het bloed tot bloedcomponenten (erytrocytenconcentraat, plasma en trombocytenconcentraat) en de levering van de bloedcomponenten aan de ziekenhuizen.

De ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor de hen toebedeelde bloedcomponenten en dienen een intern systeem van hemovigilantie uit te werken dat afgestemd is op de klinische activiteiten van elk ziekenhuis.

In het AZ Nikolaas worden jaarlijks meer dan 8000 bloedcomponenten toegediend aan ongeveer 2300 verschillende patiënten. De totale kostprijs van alle toegediende bloedcomponenten samen ligt op jaarbasis iets onder het miljoen euro. Gezien het groot aantal toegediende bloedcomponenten aan een groot aantal patiënten en de hoge kostprijs hiervan is een optimaal gebruik van deze bloedcomponenten zeer belangrijk en een goed functionerend systeem van hemovigilantie speelt hierin een belangrijke rol.

Het organisme dat instaat voor de organisatie van een systeem van hemovigilantie in het AZ Nikolaas is het transfusiecomité. Dit comité heeft procedures uitgewerkt om de volledige traceerbaarheid van elke afzonderlijke eenheid op elk ogenblik te garanderen en heeft een registratie- en meldingsprocedure op punt gesteld om bijwerkingen (transfusiereacties) en voorvallen (verkeerde toediening van een bloedcomponent zonder transfusiereactie) te melden.

Van zodra de bloedcomponenten geleverd zijn aan de bloedbank wordt elke eenheid elektronisch geregistreerd en elke statusverandering die een eenheid ondergaat wordt gelogd. Bij het verlaten van de bloedbank om toegediend te worden aan een patiënt wordt elke eenheid steeds vergezeld van twee unieke documenten.

Het eerste document is ontwikkeld om de verpleegkundige als het ware te leiden bij het uitvoeren van een aantal identificatiecontroles (identificatie van de eenheid, identificatie van de patiënt) en bij het opvolgen van een aantal klinische parameters (zoals pols, bloeddruk en temperatuur) om mogelijke reacties van de patiënt op de bloedcomponent snel te kunnen detecteren. Dit document dient achteraf bewaard te worden in het medisch-verpleegkundig dossier.

Het tweede document dient na toediening van de eenheid te worden terugbezorgd aan de bloedbank als bewijs van toediening van de bloedcomponent. Naast bijwerkingen of voorvallen worden ook fouten die hadden kunnen leiden tot een bijwerking of voorval gemeld. Elke melding wordt geregistreerd en onderzocht. Zo zal men bijvoorbeeld in het geval van een transfusiereactie in het laboratorium starten met een ganse reeks testen (immunohematologische, biochemische, ...). Wanneer een fout die had kunnen leiden tot een bijwerking of voorval wordt gemeld zal zo vlug mogelijk de oorzaak van deze fout opgespoord worden.

Het doel van dit beleid is een beter inzicht te krijgen in de complexe transfusieketen in ons ziekenhuis waardoor maatregelen kunnen genomen worden om de bestaande procedures te verfijnen en het aantal bijwerkingen en voorvallen tot een minimum te herleiden.
Ernstige complicaties moeten ook gemeld worden aan het hemovigilantiecentrum van het FAGG en aan het bloedtransfusiecentrum. Het FAGG verzamelt alle gegevens afkomstig van de Belgische ziekenhuizen (aantal transfusies, aantal transfusiereacties, ...) en publiceert deze in een jaarverslag zodat elk ziekenhuis zich hieraan kan spiegelen.

Dr. Pascal Van Ranst
Laboratorium klinische biologie
pascal.vanranst@aznikolaas.be

Vaarwel

Voor de laatste maal een ziekenhuis verlaten, is als een zeeman die op een gewilde dag in de haven aan wal blijft. Het schip vaart voort, zijn reis gaat verder, eindeloos. De matroos op de kade blijft stil, zonder verdriet en zonder vreugde. Goede, kwade, blijde en droeve momenten, succes en falen, winst en verlies, kunde en onmacht flitsen hem door het hoofd. De balans wordt door anderen gemaakt.

Het schip dat aan de horizon verdwijnt werd door de jaren heen groter, de koers wijdser, de bemanning talrijker. Het nu grote schip wil verder, sneller, beter, efficiënter en meer succes. Dit alles is het AZ Nikolaas van harte gegund en toegewenst. Ook faam en eer. Dat de nieuwe koers niet leidde tot zelfingenomenheid of zelfgenoegzaamheid maar tot een “bescheiden genieten” van de tevredenheid van de patiënten en waarom niet tot naijver van concurrerende klinieken is een oprechte hoop en haalbare droom.

En als dat schip voorbij de einder is, dan blijft bij de grijze en oude matroos een fors gevoel van DANK. Dank aan alle scheepslui die, weer of geen weer, bij luwte of storm, bij eb en vloed, overdag en s’ nachts steeds “meededen”, ”meewerkten”,en ”meevochten”. Dat was het “allermooiste” van al die jaren en al dat varen.

Het ga je goed, AZ Nikolaas. Behouden koers, vooruit stuurlui en kapitein, bedankt, meisjes, jongens en collega’s. De oude rakker op de kade, die redt zich wel, die is gered. «Il part mais ne meurt pas!»

AHOI! ADIOS?

Dr. Dominique Jadoul
Algemene heelkunde

Infusie sprak met...

Dr. Marc Geboers

Eind december 2010 trok dr. Marc Geboers de deur van het AZ Nikolaas achter zich dicht om in het Limburgse Heusden - Zolder aan een nieuwe uitdaging te beginnen als algemeen directeur van het Sint-Franciskus-ziekenhuis. Marc Geboers drukte als eerste voltijds medisch directeur een duidelijke stempel op het medische beleid van AZ Nikolaas.
Infusie blikt samen met hem terug op zijn carrière in het Waasland en peilt naar zijn toekomstplannen.

Marc, hoelang ben je in het Waasland actief geweest en hoe heb je het ziekenhuislandschap in die periode zien evolueren?
Dr. Marc Geboers: In totaal ben ik hier 8,5 jaar actief geweest. Ik ben begonnen in 2002 en gestopt in december 2010. Uiteraard is er wel wat veranderd. Ik ben gestart in het toenmalige AZ Maria Middelares, een ziekenhuis van 450 bedden en 120 artsen in een voltijdse functie. Ik gebruik graag de metafoor van 'een ruime jas'. Op dat moment was voltijds misschien net iets te veel voor die functie. Na enkele aarzelende pogingen tot toenadering is het fusieproces in een stroomversnelling geraakt met dan uiteindelijk op 1 januari 2007 de fusie tussen AZ Maria Middelares en AZ Waasland. Dit heeft een gigantische verandering met zich meegebracht. Plots zat diezelfde jas van voltijds medisch directeur redelijk krap. De functie werd complexer en moeilijker.

Waarom ben je weggegaan? Wat lag er aan de basis van deze beslissing?
Dr. Marc Geboers: 'Metaalmoeheid'. Dat kunnen medisch directeurs blijkbaar ook hebben. In de eerste periode in AZ Maria Middelares waren er ook conflicten en wettelijke verplichtingen maar werd er ook sterk gewerkt op kwaliteitsdenken dat we probeerden te implementeren met onder andere de introductie van klinische paden. Toen was er nog een redelijk evenwicht tussen de miserie en de voldoening die met de job gepaard gaat. In de aanloop van de fusie is er een ander soort evenwicht ontstaan waarin er veel aandacht ging naar dingen bij elkaar te brengen en waarbij er heel veel conflicten werden uitgevochten. Dat is zeer belastend. Op een bepaald moment had ik dan ook het gevoel dat er iets moest veranderen, vandaar ook de introductie van een stafmedewerker (dr. Philip Nieberding) om een deel van het werk over te nemen, maar dat was blijkbaar niet voldoende. Deze problematiek, in combinatie met wat persoonlijke problemen maakte dat de stress vrij groot was. Op een bepaald moment doet zich dan een opportuniteit voor waarin ik ook

sterk geïnteresseerd was en een selectieprocedure die zeer vlot verlopen is en dan is de rekening snel gemaakt.

Kan je dit vergelijken met een topsporter die fysiek nog mee kan doch mentaal op is?

Dr. Marc Geboers: Een mooie vergelijking, maar een medisch directeur met een topsporter vergelijken zou ik niet onmiddellijk doen. Qua problematiek denk ik echter wel dat het klopt. Het is een mentale moeheid die we allemaal al wel eens meemaken. In discussies heb je dikwijls een déjà vu en krijg je het gevoel dat je ter plaatse blijft trappelen. Dit klopt natuurlijk niet helemaal want de dynamiek die er in zo'n ziekenhuis zit, die is er wel degelijk. Als je kijkt wat er gerealiseerd is tussen 1 januari 2007 en 31 december 2010 dan is dit gigantisch, maar de inspanning die dit vraagt is enorm. Je kunt dit wel blijven doen maar het vreet aan een mens en als je dan effectief de kans krijgt om in een rustiger tempo, vanuit een andere invalshoek, met andere inzichten, een ziekenhuis te gaan begeleiden dan is de keuze snel gemaakt.

Bij je aanstelling als medisch directeur in het AZ Maria Middelares maakte je geen deel uit van het artsenkorps. Was er voldoende vertrouwen en steun door de artsen?

Dr. Marc Geboers: Het is natuurlijk een ambigue situatie. Vanuit je positie als medisch directeur, lid van de directie, ben je nooit echt één van hen. Bovendien mis je, wanneer je, zoals ik als vreemde binnen komt, ook de historiek. Maar dat heeft ook voordelen: je vertrekt niet vanuit een conflictsituatie. Je moet proberen het vertrouwen te winnen. Dat is tweemaal goed gelukt. In AZ Maria Middelares had ik een vrij goede relatie met de medische diensthoofden en de medische raad. De echte collegiale sfeer ontbreekt misschien wel, maar er was toch vertrouwen. Ik heb ook geprobeerd steeds integer en consequent te zijn. Nadien kwam er dan de moeilijke situatie van de fusie, het moment waarop de artsen van AZ Waasland er zijn bijgekomen die je uiteraard minder goed kent. Ik denk toch dat het toen voor de tweede keer goed gelukt is. Ik heb nooit het gevoel gehad dat de artsen mij tegenwerkten. Er was een wederzijdse appreciatie en daar heb ik ook altijd aan gewerkt.
Toch bespeur ik een kleine wijziging in de manier waarop artsen als groep naar bepaalde dingen kijken. Initieel was er een grote traditie om vanuit een heel liberaal standpunt, als zelfstandigen, dingen te benaderen. Op een bepaald moment waren we erin geslaagd om naar een meer geïntegreerd systeem te evolueren waarbij er actief werd meegedacht en geparticipeerd werd in het ziekenhuisbeleid. Op het einde zag ik terug meer liberale reflexen op de voorgrond komen.

Bedoel je dan dat de artsen zich terugplooien op hun eigen activiteit?

Dr. Marc Geboers: In de dossiers en discussies waarbij je uitgaat van een geïntegreerd systeem, waarin de artsen samen met het management en andere medewerkers in een ziekenhuis werken, zie je dat de belangen die er voor de artsen zijn steeds dominanter worden. Dat geeft toch een zeker spanningsveld. Dat is niet de reden waarom ik er finaal mee gestopt ben, maar dat speelt wel een rol, zeker in een laatste fase van een fusie waarbij er gestreefd wordt naar integratie tussen diensten en waarbij het noodzakelijk is om alle krachten te mobiliseren om het ziekenhuis als geheel te positioneren.

Als je nu terugkijkt op die jaren, wat beschouw je dan zelf als je mooiste verwezenlijking, herinnering?

Dr. Marc Geboers: Zonder enige twijfel is dat de uitbouw van de dienst Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Dit project is ontstaan uit een volledig losgeslagen idee, namelijk 'dat zouden wij misschien eens moeten doen'. Niemand in huis kende er ook maar iets van en er was tevens een serieuze tijdsdruk. We hebben niet alleen moeten instaan voor de architectuur, maar we hebben ook een gans nieuw team moeten uitbouwen en artsen selecteren. Het verheugende is ook dat dit project werkt. Het is geen hype die we gepromoot hebben en die daarna als een kaartenhuis in elkaar is gezakt. De officiële opening van de Kinder- en Jeugdpsychiatrie in 2007 is dan ook één van mijn mooiste herinneringen. Daarnaast ben ik er ook in geslaagd om de structuur van de medische diensthoofden, wat al dateert van de beginjaren 2000, op poten te zetten.

Zijn er ook teleurstellingen?

Dr. Marc Geboers: Er zijn dossiers die ik nooit heb kunnen afwerken. Eén van de moeilijke zaken waar ik mee geconfronteerd werd en waar jij ondertussen ook mee bezig ben, is de betrachting om de dienst Anesthesie om te vormen tot één hechte groep, tot één associatie. Ik had daar weinig grip op. Sommige zaken zijn niet af, er zijn nog losse eindjes, zeker wanneer je vertrekt, maar ik ben geneigd om toch vooral het positieve te onthouden. Globaal heb ik toch een voldaan gevoel.

Je bent medicus van opleiding. Als algemeen directeur van het Sint-Franciscusziekenhuis ga je je nog meer dan vroeger als medisch directeur moeten toeleggen op het management. Mis je de medische activiteit niet, het contact met patiënten?

Dr. Marc Geboers: Niet echt. Het is ook een geleidelijk proces geweest. Voor ik de stap zette naar Sint-Niklaas was ik reeds drie jaar die stap aan het voorbereiden. Ik heb het nooit echt gemist. Nu wordt die afstand groter. Je merkt toch dat je medische achtergrond om zo'n ziekenhuis op sleeptouw te nemen

niet onbelangrijk is. Mijn voorganger in Sint-Franciscus was iemand met een sterke financieel - economische achtergrond en benaderde dan ook veel discussies vanuit dit gezichtspunt, met als gevolg dat de mensen in de zorgsector nog al eens op hun honger bleven zitten over het care-aspect. Je kan dan wel de middelen ter beschikking stellen maar er is geen oor om naar dergelijke zaken te luisteren. Ik merk dat met mijn achtergrond uit de zorg sommige discussies anders, mogelijks makkelijker, verlopen. Ook tijdens mijn medische directeurschap heb ik gemerkt dat je toch nog altijd als arts beschouwd wordt. Je hebt die opleiding gehad, je hebt inzicht in de zorg en dat wordt ook erkend.

De financiële middelen die de overheid ter beschikking stelt voor de gezondheidszorg worden krapper. Hoe kijk jij daar tegenaan?

Dr. Marc Geboers: Even gefrustreerd als iedereen. Op het moment dat ik mij voorbereidde om naar Heusden - Zolder te gaan, zaten we midden in de eindejaarsperiode waarin de budgetten voor het komende jaar worden opgemaakt en waarbij je weet dat je binnen een bepaald financieel keurslijf moet werken. Je ziet een hele hoop vragen op je af komen die meestal terecht zijn, ondersteuning van groei in het ziekenhuis, andere zaken die moeten gebeuren. Het is echt heel scherp afwegen wat er financieel haalbaar is. Wat er toen gesneuveld is, krijg je nu in de eerste maanden van het nieuwe jaar terug op tafel. Door de financiële barrières moet je meestal neen zeggen of het doorschuiven. De nood is er wel degelijk en dat wordt nog erger naar de toekomst toe. Dit heeft tot gevolg dat er nog meer op basis van verantwoorde activiteit moet gewerkt worden. Anderzijds is dit ook een uitdaging. De middelen die je ter beschikking hebt, proberen zo goed mogelijk in te zetten om goede resultaten te boeken en kwalitatief goede zorg te realiseren.

In AZ Nikolaas is het medisch investeringsbudget gelimiteerd. Hoe performant gaan we als ziekenhuis nog zijn als dergelijke politiek gehandhaafd wordt?

Dr. Marc Geboers: In Sint-Niklaas is de situatie wat bijzonder omdat er door de tegenvallende financiële resultaten moest beslist worden om radicaal te besparen waardoor de medische investeringen in 2010 gelimiteerd waren, maar anderzijds werden toch ook nog meerdere projecten gerealiseerd. In 2011 moet dit nog eens herhaald worden. Dat kan je inderdaad niet lang volhouden omdat je anders aan competitiviteit inboet. Maar ook hier dwingt een dergelijke situatie om naar de essentie te gaan. Wat heb je echt nodig om kwalitatief goed te functioneren? Het is een evenwicht zoeken. Hetzelfde gebeurt in Heusden - Zolder, maar het is wel anders. Er wordt gewerkt met een investeringsfonds, er zijn bepaalde afdrachten om nieuwe en vervangingsinvesteringen toch te kunnen uitvoeren om op die manier minder afhankelijk te zijn van het financieel resultaat.

Eén van de grote problemen waar de westerse wereld mee geconfronteerd wordt, is de toenemende vergrijzing. Hoe ervaar jij dit?

Dr. Marc Geboers: Het is in ieder geval belangrijk om je daar als ziekenhuis op voor te bereiden: uitbouw van geriatrische diensten, geriatrische liaison daar zijn functie in geven, er op toezien dat geriatrische patiënten goed kunnen worden opgevangen op Intensieve zorgen en vooral zorgen voor een goede uitstroom. Een goed en waardevol initiatief dat vanuit AZ Nikolaas wordt genomen is om te participeren in de structuur van ouderenzorg in de regio. Er worden bepaalde initiatieven genomen om op die manier toch de impact op die doorstroom te vergroten. Dat zie ik in Limburg toch minder. De problematiek wordt daar ook minder scherp ervaren. Ik ben er wel van overtuigd dat het Waaslandmodel daar ook kan geïmplementeerd worden. Ik denk dat je als ziekenhuis structuren en de nodige omkadering moet voorzien om geriatrische patiënten op een goede manier op te vangen en tegelijkertijd moet zorgen voor transmurale doorstroming.

Een ander probleem waar ziekenhuizen en de zorg in het algemeen mee geconfronteerd worden is het tekort aan verpleegkundigen. Hoe ga je daarmee om?

Dr. Marc Geboers: Daar hebben we in Limburg gelukkig nog niet teveel last van. Er is ook een soort van gentlemen's agreement tussen de ziekenhuizen om niet aan opbod te doen onder de vorm van extralegale voordelen waarmee je elkaars volk zou kunnen wegkapen. Maar het is inderdaad een probleem dat op ons afkomt. In feite is niet alleen het aantal beschikbare verpleegkundigen van belang maar ook de kwaliteit. Ik hoor dat die soms ook wel wat te wensen overlaat. Ik vrees dat we finaal in een toestand terecht zullen komen waarin we blij zullen zijn dat er voldoende handen beschikbaar zijn om de vergrijzing op te vangen. Er zal instroom van buiten België moeten getolereerd worden en deze mensen zullen met open armen moeten ontvangen worden. Natuurlijk moeten wij wel de basiskwaliteitsgarantie hebben van de zorg die je wilt geven.

Hebben de artsen daar ook een verantwoordelijkheid?

Dr. Marc Geboers: Absoluut, één van de spanningsvelden die er bestaan, is de spanning die er op de werkvloer aanwezig kan zijn tussen arts en verpleegkundigen en die soms als zeer bedreigend wordt ervaren. In feite zijn er twee zaken van belang: ervan bewust zijn dat het samen moet gebeuren, wat van de artsen een vriendelijke, coöperatieve samenwerkende attitude vraagt en bereid zijn om tijd vrij te maken om bij te scholen op de werkvloer.

Heb je nog goede raad voor je opvolger?

Dr. Marc Geboers: Wat ongelofelijk belangrijk is in de positie van een medisch directeur is dat je probeert consequent te zijn in je benadering, integriteit nastreeft, dat je je niet laat betrappen op subjectief favoritisme voor deze of gene. Een lijn uitzetten en daarnaar consequent handelen. Buiten het ziekenhuis heb je een ongelooflijk belangrijke representatieve functie voor de organisatie waar je voor werkt. Je moet die rol ten volle willen en kunnen spelen.

Marc, bedankt voor dit gesprek en veel succes in je verdere carrière.

Dr. Leo Verguts

Infusie sprak met...

Prof. Dr. Philippe Duyck

Op 1 april 2011 start prof. dr. Philippe Duyck, voormalig medisch, logistiek diensthoofd van de dienst Medische beeldvorming UZ Gent, als nieuw medisch directeur van AZ Nikolaas. Infusie peilt naar zijn toekomstplannen voor het medisch departement van AZ Nikolaas.

Philippe, kan je voor onze lezers je loopbaan even toelichten?

Prof. Dr. Philippe Duyck: Ik ben in 1982 als geneesheer afgestudeerd met onderscheiding aan de Universiteit Gent waarna ik mij gespecialiseerd heb in radiologie. Eerst twee jaar in Duitsland aan de Universiteit van Münster en vervolgens nog drie jaar in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen bij professor dokter A. De Schepper. In 1987 ben ik erkend als specialist in röntgendiagnose. Na mijn erkenning heb ik eerst twee jaar gewerkt in AZ Klina te Ekeren en vervolgens ben ik vier jaar in AZ Heilige Familie in Reet actief geweest. In die periode heb ik ook nog twee jaar menselijke ecologie gestudeerd aan de VUB. Daarna heb ik, in 1993, gedurende drie maanden nog een bijkomende opleiding als thoracaal radioloog gevolgd in het CHU Lille bij professor J. Remy. In 1994 ben ik als thoraco-abdominaal radioloog begonnen in het Universitair Ziekenhuis Gent, eerst als adjunct kliniekhoofd, vervolgens ben ik kliniekhoofd geworden en sinds 13 februari 2001 tot mijn aanstelling als medisch directeur in het AZ Nikolaas was ik medisch logistiek diensthoofd van de dienst Medische beeldvorming. Ik heb Vlerick managementopleiding gevolgd en ook nog twee jaar ziekenhuisbeleid in Leuven. Sinds 2004 ben ik gastprofessor aan de Universiteit Gent en Vlerick managementschool en in 2009 heb ik mijn doctoraat behaald in de toegepaste economie.

Wie is Philippe Duyck en waarom heb jij gekozen voor het AZ Nikolaas?

Prof. Dr. Philippe Duyck: Philippe Duyck is een heel gedreven geneesheer geweest met heel veel aandacht voor patiëntenzorg en voor efficiëntie, organisatie en procesanalyse. Door een toeval kwam ik te weten dat er een vacature was voor de functie hoofdgeneesheer, medisch directeur in het AZ Nikolaas. Vermits ik zin had om te werken in een ruimere context dan een dienst leiden, ben ik mij eerst komen informeren. Na een aantal zeer goede gesprekken met de algemeen directeur, de vroegere medisch directeur en leden van de medische raad heb ik dan officieel mijn kandidatuur gesteld.
Ik ben ervan overtuigd dat het ziekenhuis een grote toekomst heeft door zijn ligging, zijn grootte en het raamakkoord met UZ

Gent dat ik als Gentenaar een warm hart toedraag.

Er is ook een samenwerkingsovereenkomst van UZ Gent met AZ Lokeren. Zie je daar geen mogelijke conflictsituatie?

Prof. Dr. Philippe Duyck: Ik zal mij uiteraard inzetten en lobbyen voor ons eigen ziekenhuis. Ik heb trouwens de indruk dat de samenwerking met Lokeren op een laag pitje staat. Ik denk dat wij moeten proberen om de ziekenhuizen in Lokeren en Bornem ervan te overtuigen met ons samen te werken. Het is ook belangrijk om over de grenzen te kijken, waar er ook een groot hinterland is o.a. via samenwerking met Terneuzen.

Je was professor in Gent. Blijf je dit combineren met je huidige aanstelling?

Prof. Dr. Philippe Duyck: Ik ga 100% werken in het AZ Nikolaas maar de afspraak is wel dat ik les zal blijven geven aan de Universiteit Gent en de Vlerick Managementschool wat betreft ziekenhuisbeleid en management. Het wetenschappelijk onderzoek dat ik had opgezet ga ik ook nog blijven ondersteunen.

Vind je dat ziekenhuisartsen in hun opleiding nood hebben aan een managementopleiding?

Prof. Dr. Philippe Duyck: Ik vind dat artsen veel meer zouden ingelicht moeten worden over hoe een ziekenhuis en een gezondheidszorgsysteem functioneert. Dat is in onze opleiding nooit aan bod gekomen. Wij zijn ook nooit ingelicht geweest over facturatieprocessen. Als assistent heb je nooit zelf prestaties ingevuld en weet je dus ook niets over kostprijs en opbrengst. Dat zijn basisbegrippen. Het gebrek aan economische achtergrond vind ik een tekortkoming, vooral omdat je toch met dure apparatuur en kosten werkt. Daar moet op gewezen worden. Management, een organisatie leiden, is nog iets anders. Ik vind dat we toch wat over boekhouding moeten kennen, kosten- en opbrengstbewust moeten werken, weten waar geldstromen naartoe gaan, dat zou een deel van de opleiding moeten zijn. Men werkt daar nu aan via een MANAMA (master na master).

Wat is een goede leider? Ik las in een krant dat een ziekenhuis best zou geleid worden door een arts. Ben je het daarmee eens?

Prof. Dr. Philippe Duyck: Het is belangrijk om de core business te kennen. Na een voetbalwedstrijd op TV zie je dat verschillende fasen geanalyseerd worden door oud-voetballers. Die mensen weten waar het over gaat. De wedstrijd wordt gewonnen door op een juiste manier om te gaan met spelsituaties. Ik denk dat de match van gezondheidszorg gewonnen wordt door op een juiste manier met het zorgproces om te gaan. Om een ziekenhuis te leiden moeten er aan de top een aantal mensen zijn die het zorgproces, de core business kennen. Dat is essentieel en hoe groter het ziekenhuis, hoe complexer, hoe meer toegevoegde waarde er is als de leiders, niet allemaal maar sommigen toch, een medische achtergrond hebben. Waar gaan we het verschil in maken; dat is door ons zorgproces te verbeteren. We gaan meer en meer naar de outcome moeten kijken. Vroeger waren we al blij als we de service konden aanbieden. Wij gaan meer en meer moeten bewijzen dat we iets goed gedaan hebben en misschien beter dan de concurrentie. We moeten het zorgproces kritisch bekijken. Je moet dus weten waar je over spreekt om het te kunnen leiden.

Je komt als buitenstaander terecht in een organisatie. Beschouw je dit als een voordeel of als een nadeel?

Prof. Dr. Philippe Duyck: Er zijn nadelen en voordelen. Het nadeel is dat ik de interne problematiek niet zo goed ken, dat ik daarvoor moet terugvallen op betrouwbare bronnen. Ik weet al een beetje over de interne structuur maar dat vraagt tijd. Koen Michiels zal mij zeker inlichten wat de gevoeligheden zijn. Het voordeel is dat je een frisse scoop krijgt. Ik kom van een groot ziekenhuis. Ik kan een aantal zaken meebrengen uit Gent. Je hebt een frisse kijk, je durft meer risico's te nemen of je durft toch meer ambitie te verkondigen. Een ziekenhuis als dit heeft geen navelstaarderij nodig, maar mag meer ambitie toonbaar en kenbaar maken. Als buitenstaander kan je met nieuwe ideeën komen.

Plan je bepaalde acties om de artsen beter te leren kennen?

Prof. Dr. Philippe Duyck: Ik zou graag wat op de werkvloer komen. Ik wil weten hoe de artsen hier werken. Ik wil weten in welke omstandigheden ze moeten werken. Ik denk dat het belangrijk is dat artsen in goede architecturale omstandigheden werken. Wat is hun bureau, hun leefruimte, perimeter van lopen, waar zijn ze gelocaliseerd. Ik hoop ook naar de perifere campussen te kunnen gaan zodat ik kan zien en aanvoelen welke tekorten er zijn en waarom ze misschien niet zo gelukkig zijn. Tussen de verschillende vergaderingen door hoop ik de weinige tijd die er overblijft daarvoor te gebruiken. Dat is mijn bedoeling.

En extern?

Prof. Dr. Philippe Duyck: Er lopen nogal wat initiatieven denk ik om de communicatie met de huisartsen te verzorgen. Ik denk dat we er moeten voor zorgen dat we nog betere contacten leggen. Het is niet omdat we door de fusie in een situatie zitten waar er in Sint-Niklaas geen concurrentie meer is, dat er ook geen meer is. Er kunnen kapers op de kust komen. Wij moeten de huisartsen beter leren kennen en daar ook inspanningen voor doen en activiteiten organiseren.

Wat mogen we van jou verwachten? Wat zijn je doelstellingen? Wat hoop je te bereiken?

Prof. Dr. Philippe Duyck: Ik hoop een toegevoegde waarde te zijn. Ik weet dat ik na een zeer goede hoofdgeneesheer kom. Ik ga het een beetje anders doen. Ik ga trachten bruggen te bouwen, tussen artsen onderling, tussen artsen en verpleegkundigen, tussen artsen en directie. Ik hoop sterke nieuwe artsen aan te trekken, het spanningsveld tussen subspecialisatie en algemene specialisatie te kunnen bewaren. We gaan misschien meer moeten uitleggen waarom beleid belangrijk is en waarom participatie hierin door artsen belangrijk is. Wij moeten streven naar een nieuw ziekenhuis, met betere architectuur, herkenbaarheid en bereikbaarheid. Zo laat de actuele bewegwijzering te wensen over. Het is soms een doolhof. Dat zijn allemaal zaken die naar klantgerichtheid en binding belangrijk zijn. Uitbouw van de dienst Radiotherapie, binnenhalen van invasieve cardiologie en misschien PET/CT-scan, uitbouw

van onze samenwerking met UZ Gent en eventueel andere grote ziekenhuizen zijn allemaal uitdagingen die de ambities van dit ziekenhuis moeten waarmaken. Ik denk hierbij als voorbeeld aan het Onze Lieve Vrouw ziekenhuis Aalst, een zeer goed perifeer privaat gerund ziekenhuis. Het moet ook een ziekenhuis zijn waar het aangenaam werken is. Men moet er fier op zijn om in dit ziekenhuis te werken. Nu merk ik toch een zekere bitterheid bij sommige artsen die nog naar de periode van vóór de fusie kijken.

Wat missen we nog?

Prof. Dr. Philippe Duyck: Ik vind dat het AZ Nikolaas nog teveel provincialisme uitstraalt. Het gebrek aan visibiliteit van de artsen, het onherkenbaar gelocaliseerd zijn van de artsen. Het valt me op dat wanneer je binnenkomt je nauwelijks de artsen met naam ziet en niet weet waar ze zitten. Dat is essentieel en daar moet onmiddellijk werk van gemaakt worden. Er moet ook naar gestreefd worden dat er van elke discipline slechts één dienst is. Daarover moeten er goede afspraken zijn. Ik ga daar werk van maken zodat artsen op een correcte manier beter met elkaar kunnen samenwerken.

Zijn er bepaalde concrete projecten waar je je voor wil inzetten? Is het raamakkoord met het UZ Gent hier een voordeel?

Prof. Dr. Philippe Duyck: Een eerste concreet project in dit kader is de opstart van de medische genetica in samenwerking met het UZ Gent. Invasieve cardiologie zou ik ook graag naar Sint-Niklaas halen. Een kritische houding ten opzichte van Iridiumnetwerk is nodig waarbij we moeten evalueren hoe de oncologie en de radiotherapie in ons ziekenhuis evolueren. Geriatrie moeten wij nog meer ondersteunen. Het is belangrijk dat we jonge mensen kunnen aantrekken. Hetzelfde geldt voor de chirurgie. Aantrekken van nieuwe technieken en daar zitten we toch voor aan de bron met ons raamakkoord met het UZ Gent. Ik denk dat we hogere eisen moeten stellen aan de instroom. Ik heb soms het gevoel dat het vaak op 'een ons kent ons' manier geregeld wordt. Het is goed dat artsen van een bepaalde discipline collega's zoeken maar ik denk dat het nodig is dat ze strengere normen hanteren. Daar moet werk van gemaakt worden.

Wanneer beschouw je je opdracht als geslaagd? Waar zouden we over tien jaar moeten staan?

Prof. Dr. Philippe Duyck: Ons ziekenhuis zou een zeer duidelijk profiel moeten hebben van een excellent uitgebouwd ziekenhuis waarbij we voor een aantal disciplines tot de top vijf van Vlaanderen behoren. Voor de outcome, voor een aantal ingrepen of therapieën zouden we moeten kunnen behoren bij de beste ziekenhuizen. Dat moet de opgave zijn. Het zou mooi zijn als er binnen tien of vijftien jaar een nieuw ziekenhuis is maar die veruitwendiging ligt niet alleen in onze handen. Kwaliteit leveren wel. Voor een aantal goed gedefinieerde outcomes moeten we zorgen dat we de beste mensen aannemen, bijscholingen organiseren, kritisch zijn, goede meetinstrumenten en informatica beschikbaar stellen, hoge eisen stellen.

Voorzie je hier extra ondersteuning?

Prof. Dr. Philippe Duyck: Sommige diensten zullen extra moeten ondersteund worden. Klinische diensten zullen misschien meer moeten samenwerken met universitaire diensten. Technische diensten zullen misschien meer ondersteund moeten worden door de dienst Informatica. Technostructuur, ik ben nogal voorstander van een soort intelligentie die op directieniveau aanwezig is en die mensen kan helpen in het interpreteren van en de zoektocht naar de juiste processen van evidence based geneeskunde zodat we daar naar de hoogste standaard kunnen gaan.

Wij zijn nu een groot ziekenhuis door een fusie van twee kleinere ziekenhuizen. Er was met andere woorden geen organische groei. Is dit geen handicap? Op sommige diensten zijn er hierdoor reeds veel collega's actief.

Prof. Dr. Philippe Duyck: Het is juist één van de taken van de hoofdgeneesheer om met de diensthoofden doelen af te spreken. Er zijn al wel beleidsplannen geschreven maar we zullen moeten wijzen op meer ambitieuze doelstellingen. Als je met vijf werkt moet je andere ambities ambiëren dan als je met tien bent. Er zal wat bijgestuurd moeten worden in de ambitie en de wijze van samenwerking.
Sommige collega's zullen zich moeten heroriënteren hetzij naar werkbelasting, hetzij naar snelheid, hetzij naar bekendheid, hetzij naar kwaliteit en specialisatie. Wij kunnen niet met 15 hetzelfde doen. Er zal meer taakverdeling zijn. Via de beleidsplannen moet er gekeken worden naar de doelstellingen en de noden. Waar kunnen we verbeteren?

Er is nu een versnippering van inzet, middelen en intelligentie over verschillende campussen. Wat denk je daarover?

Prof. Dr. Philippe Duyck: Dat is zeker zo. Anderzijds is het zo dat wanneer we het terrein niet bezetten er een mogelijk verlies is aan patiënten. We gaan een evenwicht moeten bekijken tussen zoveel mogelijk centraliseren en decentralisatie.
Wat doen we in Sint-Niklaas en wat in de periferie? Ik denk dat men daar mee bezig is, bijvoorbeeld door het overhevelen van chirurgie. Dat zijn allemaal strategische keuzes die goed moeten afgewogen worden. Ook de artsen moeten hier meedenken. In een groot ziekenhuis moeten de artsen actief betrokken zijn. Dat is een uitdaging niet alleen voor de hoofdgeneesheer maar ook voor de medische raad en de diensthoofden. Er zullen keuzes moeten gemaakt worden. Dat is essentieel. Wij moeten er ook aan werken om de job voor verpleegkundigen aantrekkelijk te maken. Er is teveel keuze dus, als we ze willen houden of aantrekken moeten we iets te bieden hebben.

Philippe, bedankt voor dit gesprek en veel succes in je nieuwe carrière.

Dr. Leo Verguts

Professor Herman Nys

European Group on Ethics in Science and New Technologies

Professor Herman Nys, directeur van het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht en voorzitter van de Raad van bestuur van het AZ Nikolaas werd in januari 2011 door commissievoorzitter José Manuel Barosso benoemd tot lid van de European Group on Ethics in Science and New Technologies. Infusie vroeg een eerste reactie.

Professor Nys, u bent door commissievoorzitter José Manuel Barroso benoemd tot lid van de 'Europese groep ethiek'. Wanneer is die benoeming ingegaan?
De benoeming is gepubliceerd in het publicatieblad, zeg maar het staatsblad van de Europese Unie, op 15 januari 2011. Het besluit van voorzitter Barroso dateert van 10 januari. Op 8 februari 2011 was er de officiële installatie in Brussel en dat was ook meteen de eerste bijeenkomst van de nieuw samengestelde groep.

Hebt u zich voor deze functie kandidaat moeten stellen?
Inderdaad. Dat gebeurt door een 'open call' gepubliceerd in het publicatieblad. De groep bestaat uit vijftien leden. Een aantal hadden nog een mandaat en moesten zich niet formeel kandidaat stellen. Er waren zeven vacante plaatsen waarvoor er 120 kandidaten waren vanuit heel Europa.

Wanneer is deze Europese groep opgericht?
In 1991, twintig jaar geleden, is er een voorloper opgericht. De naam was toen anders en er waren ook maar zes leden, maar de opdracht is in feite wel altijd dezelfde gebleven.

Wat is jullie opdracht?
De Europese Commissie voorlichten over nieuwe ontwikkelingen in de medische wetenschap en technologie, voornamelijk biotechnologie die invloed hebben op ethisch en juridisch vlak zodat de commissie hiermee in haar richtlijnen rekening kan houden.
Het is in feite een vooruitkijken naar nieuwe ethische en juridische problemen die kunnen ontstaan. Dit gaat vrij ver; soms worden er ook zaken behandeld waar ikzelf minder mee vertrouwd ben. Zo ging één van de adviezen onder andere over genetische modificatie in de landbouw. Het is tenslotte een groep van vijftien leden waarbij iedereen zijn eigen deskundigheid heeft. In een heel mandaat dat vijf jaar duurt, zijn er vier à vijf adviezen welke uitvoerig gemotiveerd worden. De meeste adviezen hebben te maken met medische ontwikkelingen en ethiek.

Bestaat er een gelijkaardig comité in België en andere lidstaten?
In België bestaat er sinds 1996 het raadgevend comité voor bio-ethiek. Dit is een federaal orgaan dat min of meer dezelfde opdracht heeft, maar adviezen geeft aan de Belgische minister. Er zijn wel veel meer leden: 35 effectieve en 35 plaatsvervangende leden. Dit zijn in totaal 70 mensen, die allemaal aanwezig mogen zijn. Dit grotere aantal leden is natuurlijk ten dele te wijten aan het feit dat in België steeds het evenwicht moet bewaard worden, niet alleen qua taalevenwicht maar ook tussen katholieken en vrijzinnigen. Het aantrekkelijke van de Europese groep is juist het kleine aantal leden zodat er veel intenser kan gewerkt en gediscussieerd worden.

Bestaat deze Europese groep enkel uit experten of zijn er ook vertegenwoordigers van politieke fracties?
De groep bestaat uitsluitend uit experten, mensen met een academische achtergrond. Wij hebben zitting in eigen naam, wij vertegenwoordigen niemand buiten onszelf. Wij moeten ook onafhankelijk zijn. Er mag geen binding zijn met politiek of industrie.

Waar en wanneer wordt er vergaderd?
De agenda voor dit jaar is bepaald. Iedere maand wordt er gedurende twee dagen, telkens de dinsdag en woensdag van de derde week, vergaderd.
In 2011 hebben deze vergaderingen telkens plaats in Brussel. In het verleden wisselde men wat af en werd er minstens ook vergaderd in de hoofdstad van de lidstaat die op dat moment het voorzitterschap waarnam. Dat betekende dat er toch minstens twee vergaderingen buiten Brussel plaatsvonden. Dat heeft als voordeel dat er ook contacten kunnen plaatsvinden met de lokale instanties. Wij moeten daar nog over praten. Ik heb gehoord dat het de Europese commissie zelf is die erop aandringt dat we altijd in Brussel zouden vergaderen waar ook de zetel van de commissie zich bevindt.

Aan wie rapporteren jullie? Wordt er een jaarverslag gemaakt?
Van elke vergadering wordt er een verslag gemaakt. Het belangrijkste is dat over een bepaald thema - ofwel beslist de groep daar zelf over, ofwel wordt het gevraagd door de Europese Commissie of het parlement - een advies komt. Een dergelijk advies steunt op rapporten die door de leden zelf of door deskundigen die geen lid zijn worden opgesteld. Daarnaast is er ook een jaarlijks activiteitenverslag.

Welke onderwerpen komen er zoal aan bod?
Ik kan nog niet helemaal uit ervaring spreken, maar ik denk dat het grootste deel van een vergadering besteed wordt aan het bediscussiëren van een advies dat in voorbereiding is, een voorbereidende tekst die door één van de vijftien is opgemaakt. Een voorbeeld is 'Informatica en de vergrijzing': de wijze waarop je door goed gebruik van ICT mensen uit instellingen kan houden, wat ook implicaties heeft op het gebied van privacy. De commissie ondersteunt met een secretariaats-functie doch mengt zich niet in het inhoudelijke debat.

Vorig jaar was er een er een rel over Nicolas Sarkozy in verband met zijn politiek om Roma-zigeuners, Europese burgers, terug te sturen. Is dit een onderwerp dat in jullie groep zou kunnen besproken worden?
Ik denk het niet. Het is bijna ondenkbaar dat echte individuele dossiers zoals zo'n uitspraak worden voorgelegd. Het gaat meer over maatschappelijke en wetenschappelijke problematiek en niet over een individuele casus waarbij een staatshoofd zich misschien wat onethisch heeft gedragen. Dit wordt door de Europese Commissie rechtstreeks aangepakt.

Dr. Leo Verguts

Herman Nys

Herman Nys (°1951) volgde Latijn-Griekse humaniora aan het Sint Jozefcollege te Turnhout. Hij werd licentiaat (1974) en doctor in de rechten (1980) aan de KU Leuven en specialiseerde zich in het medisch recht aan buitenlandse universiteiten.

Hij is vice president van de World Association for Medical Law en 'director' van de European Association for Health Law. Hij is gewoon hoogleraar medisch recht aan de faculteiten geneeskunde en rechtsgeleerdheid van de KU Leuven en directeur van het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht. Hij is ook voorzitter van het AZ Nikolaas en van LUCAS.

Sedert januari 2011 is hij lid van de European Group on Ethics in Science and New Technologies.

NIEUWE GEZICHTEN

Dr. Sandra Demuynck - Endocrinologie

Vanaf 1 maart 2011 maakt dokter Sandra Demuynck (°Merksem, 1979) deel uit van de dienst Endocrinologie-diabetologie van het AZ Nikolaas.

Dokter Sandra Demuynck studeerde geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen waarna zij zich specialiseerde in de inwendige ziekten en diabetologie-endocrinologie. Zij liep stage in het UZ Antwerpen en AZ Middelheim. Haar interesse gaat in het bijzonder uit naar adolescenten endocrinologie, schildklier en hypofysaire problematiek.
Dokter Demuynck vervoegt dr. Dominique Ballaux, dr. Peter Coremans en dr. Nike Van Doninck.

Ortho-Geriatrie:

Een potentiële win-win situatie

Vergrijzing, het modewoord als het over de gezondheidszorg gaat. Ook op het terrein van de orthopedie en de traumatologie wordt deze evolutie steeds duidelijker. Er is nu al een trend die slechts een voorbode is van wat ons in de Westerse wereld te wachten staat. Demografische voorspellingen gaan er van uit dat we in 2030 ongeveer 30 % méér prothesen zullen plaatsen dan in 2010. Voor wat heupfracturen betreft gaan voorspellingen ervan uit dat wereldwijd het aantal fracturen zal stijgen van 1,66 miljoen in 1990 tot 6,26 miljoen in 2050. Europa en Noord-Amerika zullen hiervan een kwart voor hun rekening nemen[1]. Bovendien groeit ook het aantal hoogbejaarden, die meestal enkele co-morbiditeiten hebben. Lange verblijfsduur, moeilijke revalidatie, eventueel verlies van zelfredzaamheid met alle problemen van plaatsing zijn gekende gevolgen.

Uitbouw van het multidisciplinair concept

Om ook deze patiënten in een zo goed mogelijke omkadering te laten herstellen werd enkele maanden geleden door de dienst orthopedie Care to Move in samenwerking met de directie en dr. Jordi Miguel-Ramos (geriatrie) en zijn afdelingen een pilootproject opgestart. Dit project kreeg de naam “Ortho-Geriatrie”. In samenspraak werd een definitie gegeven aan welke patiënt er in aanmerking komt voor dit traject. Het traject zelf werd uitgetekend. Er werd van in het begin geopteerd om duidelijke kwaliteitsindicatoren te bepalen en op te volgen. Tien bedden werden hiervoor ter beschikking gesteld, telkens vijf op beide geriatrische afdelingen van de campus Beveren.

De patiënten die in aanmerking komen voor dit traject zijn allen minstens 70 jaar oud. Het kan gaan om mensen die een electieve ingreep gehad hebben, bij voorkeur een heup- of knieprothese. Het merendeel betreft echter mensen die een osteoporotische fractuur hebben opgelopen.
Zowel conservatief behandelde breuken zoals een indeukingsfractuur of een pubistakfractuur als operatief behandelde fracturen zoals een heupfractuur komen in deze groep voor. De patiënten moeten revalideerbaar zijn en niet het profiel hebben van iemand die wacht op plaatsing. De communicatie hierrond, ook naar de familieleden is cruciaal.

Het traject bestaat uit vier fazen:

1. **Orthopedisch luik**
   Vooral niet-geplande ingrepen en spoedopnames vragen in deze fase extra aandacht. Een efficiënte beslissing omtrent de behandeling is hier cruciaal. Dit laat de patiënt toe om zo snel mogelijk te mobiliseren hetgeen heel wat voordelen inhoudt. Het geeft ook snel duidelijkheid over de volgende stappen in het herstelproces. Eens die duidelijkheid is gecreëerd, zullen de hoofdverpleegkundigen van de orthopedische diensten contact opnemen met hun collega’s van de geriatrische afdelingen, dit in samenspraak met de Sociale dienst. De bedoeling is om zo na een termijn van vier, maximaal vijf dagen een transfer van de patiënt te kunnen bekomen. Voorwaarde is wel dat de acute chirurgische zorgen en/of problemen onder controle zijn.
2. **Geriatrisch luik**
   Eens de patiënt op de afdeling Geriatrie ligt, komt hij/zij onder supervisie van de geriater. Tijdig opvangen van een eventuele deterioratie van andere chronische aandoeningen (bijvoorbeeld hartaandoening, bloeddrukproblemen, enz) draagt bij tot een vlotter herstel en zelfs verlaging van de mortaliteit na fracturen. De aanwezigheid van de patiënt op een afdeling waar artsen en verpleegkundigen met de juiste ervaring aanwezig zijn, is dus zeker een pluspunt. De opvolging van de genezing van de breuk wordt verder verzekerd door de dagelijkse aanwezigheid van een orthopedist. Informatieavonden rond deze problematiek werden georganiseerd voor de afdelingen.
3. **Aanwezigheid van een klinisch apotheker**
   De taak van deze persoon bestaat er in om het medicatiegebruik van de patiënt te optimaliseren en rationaliseren.
4. **Aandacht voor valpreventie** en informatie in verband met de preventie en/of behandeling van osteoporose.

Kwaliteitsindicatoren

Van in het begin werden enkele criteria vastgelegd om de outcome van dit project te meten. Er wordt nagekeken of de overdracht van medische en verpleegkundige gegevens correct en volledig gebeurt. De snelheid waarmee de patiënt in contact komt met de verschillende zorgverstrekkers wordt geëvalueerd. Het aantal heropnames op de acute campus wordt gemeten en tevredenheidsenquêtes worden afgenomen.

Resultaten

Op regelmatige basis werden opvolgvergaderingen gehouden met de betrokkenen. Feedback werd gegeven omtrent het correct verwijzen, het volledig zijn van de dossiers, de opnameduur, de continuïteit van zorg, enz.
Ondertussen hebben een 30-tal patiënten dit traject doorlopen. De eerste resultaten tonen aan dat dit project verdere uitbouw verdient. De rechtstreekse communicatie tussen de hoofdverpleegkundigen maakt een vlotte transfer mogelijk. De patiënt kan veel sneller het ziekenhuis verlaten. De gemiddelde ligduur werd met 8 dagen ingekort.

Ernstige complicaties die een heropname op een acute afdeling vragen zijn sindsdien niet meer voorgekomen. De genezing van het initiële trauma wordt niet negatief beïnvloed.

Verdere opvolging en feedback is uiteraard nodig om daar waar nodig bij te schaven. Het is duidelijk dat er voor de patiënt een betere omkadering is gegenereerd. Door de verschillende specialisten op alle niveau's rond de patiënt te verzamelen worden ernstige postoperatieve problemen tijdig ondervangen en vermeden. De betere algemene toestand laat toe dat er meer kans is om goed te revalideren zodat uiteindelijk het verblijf in het ziekenhuis kan worden geminimaliseerd.

Ook voor het ziekenhuis heeft dit voordelen gecreëerd. Er is opnieuw een voorbeeld van multidisciplinaire samenwerking gerealiseerd. De verbetering van de opnameduur is financieel zeker belangrijk. Bovendien wordt de druk op het beddenhuis in de acute campus verlicht door mensen sneller naar perifere campi te laten verhuizen zonder aan kwaliteit in te boeten. In tijden van maximale bedbezetting is dit zeker mooi meegenomen.

De laatste paragraaf gaat echter naar de mensen die dit op de werkvloer mogelijk maken. Ondanks de gekende bestaffingsproblemen zorgen ze er toch voor dat deze projecten kunnen georganiseerd worden. Het laat op zijn minst uitschijnen dat ook in drukke tijden het zoeken naar kwaliteitsprojecten prioriteit blijft hebben. Aan al deze mensen, een oprechte dankuwel.

Dr. Jo De Schepper
Orthopedie
jo.deschepper@aznikolaas.be

Referenties:

[1] Osteoporosis International Vol 2, Nr 6, 285-289 : Hip fractures in the elderly: A world-wide projection C. Cooper, G. Campion and L. J. Melton

2011:

De grote wissel

2011 zal voor AZ Nikolaas de geschiedenis in gaan als het jaar van de 'grote wissel', waarin verschillende afdelingen van plaats gewisseld werden. De realisatie en ingebruikname van twee gloednieuwe verblijfafdelingen in het A- blok zijn de eerste dominoblokken van een reeks verhuizen en integraties die zullen gebeuren. Maar wat zijn de onderliggende motieven hiervoor?

De uitwerking van het zorgstrategisch plan

In 2007 werd het zorgstrategisch plan van AZ Nikolaas uitgetekend. Het plan is gebaseerd op drie pijlers die van bij de aanvang van de fusie richtinggevend zijn geweest voor de concrete uitwerking hiervan.
Enerzijds is er de **integratie van bestaande diensten** welke voorheen in tweevoud werden geëxploiteerd, zoals de dienst Spoedgevallen en Intensieve zorgen. Anderzijds bood de fusie de mogelijkheid om een aantal **nieuwe diensten** te realiseren zoals de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie en de dienst Radiotherapie. Tot slot werd het mogelijk om op effectieve wijze een antwoord te bieden op **nieuwe wetgeving**; bijvoorbeeld door de uitwerking van het zorgprogramma pediatrie, het zorgprogramma geriatrie, ...

Het zorgstrategisch plan werd voor de zorgafdelingen vertaald in volgende doelstellingen welke stap voor stap worden gerealiseerd.

1. De integratie van de kritieke diensten in de nieuwe eenheid voor kritieke zorg.
2. Het uitbouwen van het oncologisch centrum.
3. De integratie van de interne en chirurgische diensten.
4. De integratie van de materniteitafdelingen en annexen.
5. Bundeling van de geriatrische zorg.

De visie waarbij de campus in Sint- Niklaas naar twee types zorgomgevingen wordt herschikt is richtinggevend voor de verdere uitwerking van de fusie en integratie.
De site in de **Moerlandstraat** krijgt '**een acuut en onplanbaar**' karakter, waarbij de acute afdelingen van site L. De Meesterstraat naar site Moerlandstraat zullen worden gebracht. De integratie van de dienst Spoedgevallen en Intensieve Zorgen werd al gerealiseerd. De disciplines cardiologie, neurologie, gastro-enterologie, pneumologie, nefrologie en endocrinologie zullen in de loop van 2011 allemaal gecentraliseerd worden op de site Moerlandstraat.
De site in de **L. De Meesterstraat** differentieert zich door **het planbare, minder acute profiel** van de zorg. Voorbeelden hiervan zijn de geriatrische en oncologische afdelingen die in 2011 gecentraliseerd zullen worden op deze site.

Deze herschikking laat ook toe een aantal uitdagingen voor de toekomst verder uit te werken: de verblijfsafdeling oncologie realiseren binnen het oncologisch centrum, de oprichting van een coronaire care unit en neuro care unit, de ideeën om een PAAZ (psychiatrische afdeling acuut ziekenhuis) te concretiseren,...

Integratie van medische disciplines

De herschikking van de afdelingen moet de integratie van de medische diensten ondersteunen. De verschillende ondersteunende diensten worden voor de artsen van de verschillende disciplines uniform toegankelijk. Het ziekenhuis streeft naar een unieke toegankelijkheid per discipline. Vandaag kan je bijvoorbeeld voor cardiologische problemen op beide sites terecht. Na de herschikking zullen alle cardiologen consulteren op één site. Ook alle patiënten met cardiologische problematiek zullen op één site worden gehospitaliseerd. Deze bundeling van activiteiten wordt voor elk discipline nagestreefd.

Coaching en vorming

De verhuisbewegingen zorgen voor een integratiegebeuren voor de medewerkers en teams. De verschillende teams zullen zich verder kunnen specialiseren in de verzorging, begeleiding, verpleging en behandeling van patiënten met een specifiek zorgprofiel. Vormingen specifiek rond bepaalde thema's kunnen georganiseerd worden zodat de verschillende medewerkers zich verder in bepaalde domeinen kunnen specialiseren. Door bij het toewijzen van een patiënt aan een afdeling rekening te houden met het zorgprofiel van de patiënt, kan de zorgzwaarte over de afdelingen heen beter gecoacht worden.

Kwalitatieve elementen

Er wordt gestreefd naar een identieke werking op de verschillende afdelingen. Zo zal een neurologische patiënt, onafhankelijk van de afdeling waar hij/zij verblijft, besproken worden op het multidisciplinaire overleg neurologie.
De twee nieuwe hospitalisatie-afdelingen in het A-blok van site Moerlandstraat zijn uitgerust met nieuwe kamers. Het comfort dat de patiënt zal ervaren neemt toe. Sanitaire cellen op de kamers zijn uitgerust met een douche. De kamers worden permanent geventileerd en zijn voorzien van een comfortkoeling.

De subspecialisatie van de teams zorgt ervoor dat de beste zorg aan de patiënt wordt verstrekt. Uniformisatie van procedures, sterkere interdisciplinaire werking,... zijn uitdagingen voor de teams.

Klantgerichtheid

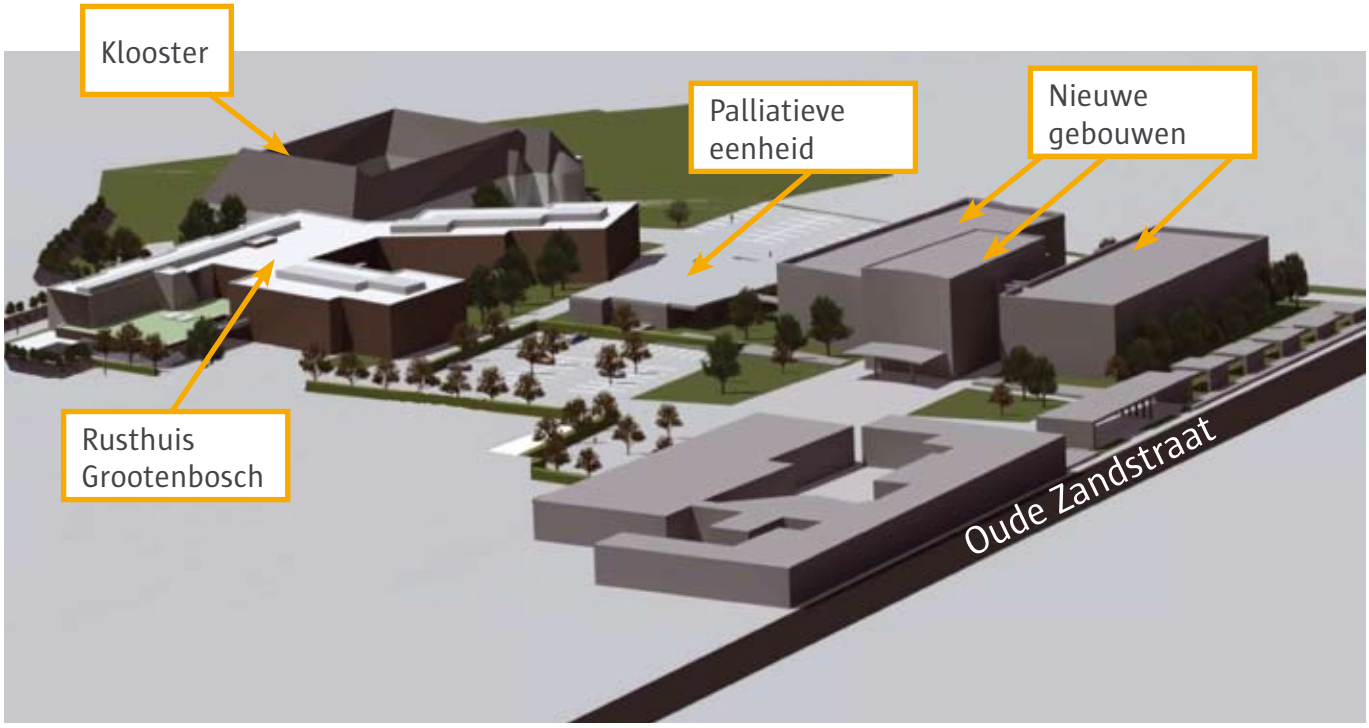
De vriendelijke 'goedemorgen', de zorgzaamheid van de medewerkers, het hart van de teamleden,... Basiselementen die elke medewerker van AZ Nikolaas in zijn grondhouding meedraagt.
Maar ook de patiënt of een bezoeker die zijn weg niet terugvindt in het ziekenhuis is een vorm van klantgerichtheid en net zo belangrijk. Vandaag wordt een geriatrische patiënt verwezen naar de dienst Geriatrie op de site Moerlandstraat of naar de dienst Geriatrie op de site L. De Meesterstraat. Ná de verhuisbewegingen moet het voor iedereen duidelijk zijn: de geriatrische diensten worden gecentraliseerd op de site L. De Meesterstraat.
Een nieuw bewegwijzeringssysteem moet er voor zorgen dat, onafhankelijk van welke ingang men neemt, de bezoeker of patiënt vlot naar de juiste afdeling verwezen wordt.

Rationalisatie

Het centraliseren van de afdelingen met eenzelfde profiel zorgt ervoor dat alle middelen wat efficiënter worden ingezet. De afstanden die door de patiënten moeten worden afgelegd worden merkelijk kleiner.
Het patiëntentransport zal efficiënter verlopen. Ook voor artsen en verpleegkundigen wordt de afstand tussen verschillende afdelingen kleiner. Er kan gewerkt worden aan een standaardisatie van verzorgingsmateriaal. Momenteel wordt het verhuisscenario voorbereid. Een 'verhuiskalender' wordt concreet gemaakt zodat tijdig de nodige communicatie kan gebeuren.

Henk Cuvelier
Fusiecoördinator
henk.cuvelier@aznikolaas.be

Nieuwbouw campus Beveren uit de startblokken



Bij nieuwbouw kunnen ziekenhuizen via het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) een beroep doen op subsidiëring door de overheid. Reeds in december 2006 diende het toenmalige AZ Maria Middelares een aanvraag in bij het VIPA voor de nieuwbouw van campus Beveren. Er volgde een gunstig advies, maar op de officiële goedkeuring van het dossier door Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen was het wachten tot december vorig jaar.

De toekomstvisie voor de campus Beveren staat in grote lijnen vast: het accent ligt op locomotorische en geriatrische zorg. Centraal op het terrein blijft de Palliatieve eenheid bestaan. De bestaande gebouwen van het ziekenhuis blijven in gebruik tot op het moment dat de nieuwbouw, ter hoogte van de Oude Zandstraat volledig klaar is. Pas in een tweede fase zullen de oude gebouwen afgebroken worden en zal het terrein definitief aangelegd worden.

Naast de nieuwe ziekenhuiscampus zal ook een nieuw rusthuis (Grootenbosch) een plaatsje krijgen op de site Beveren. Hoewel de financiering en uitbating van dit complex niet door het ziekenhuis gebeurd, wordt toch een maximale architecturale en functionele integratie op de site nagestreefd.

Nu de officiële goedkeuring binnen is, komen de voorbereidingen in een stroomversnelling. De verschillende werkgroepen komen op geregelde basis samen om het 'programma van eisen' op te stellen. Elke afdeling heeft immers andere verwachtingen. Een dagziekenhuis moet anders ingericht worden dan een geriatrische afdeling. Nieuwe ideeën worden onderzocht en 'vertaald' in de architectuur.

Wanneer het programma van eisen duidelijk is kunnen de ontwerparchitecten aan het werk om de wensen van de verschillende 'gebruikers' naar concrete plannen te vertalen. In 2011 zullen vooral voorbereidingswerken en -studies uitgevoerd worden. Zo zal het oude schoolgebouw afgebroken moeten worden en moeten er stabiliteits-, mobiliteits- en energiestudies gebeuren.
In de eerste helft van 2012 zullen allicht de ruwbouwwerken kunnen starten.

Henk Cuvelier
Fusiecoördinator
henk.cuvelier@aznikolaas.be

Afscheid dr. Pascal Peeters
Gynaecologie
1955 - 2011

27 februari 2011, 20.00 uur

Gisteren waren we aanwezig bij de ontroerende begrafenisplechtigheid van onze vriend Pascal Peeters. We namen afscheid van een boeiende en enthousiaste collega, een toegewijde vader, een warme vriend.

Pascal werd geboren op 26-06-1955 in Mechelen als zoon van een chirurg. Als middelbare scholier was hij actief in de scoutsbeweging en op het basketbalveld. Na zijn middelbare studies trok hij naar Leuven voor de opleiding Geneeskunde. Hij werd er verkozen tot praeses van de Mechelse studentenclub.
Pascal promoveerde in 1982 en vatte daarna zijn opleiding gynaecologie en verloskunde aan, deels in Brussel, Dendermonde en Antwerpen.
In 1987 startte Pascal zijn beroepscarrière in Sint-Niklaas. Eerst bij dr. Kamiel Bulterys, daarna stapte hij in de associatie met dr. Michiels, dr. Walckiers en dr. Weckhuysen.

Ondertussen waren Pascal en zijn echtgenote Hilde de trotse ouders geworden van Anneleen, Ilse, Wouter en Veerle.
Voor Sint-Niklaas bouwde Pascal de dienst Infertiliteit en Gynaecologie-Oncologie uit. Zijn collega's zullen zich hem herinneren als een gedreven diensthoofd gynaecologie-obstetrie.In hun vrije tijd waren Pascal en Hilde intens betrokken bij hun opgroeiende kinderen. Zij bouwden een brede vriendenkring uit. Zijn talrijke zeilvakanties, skivakanties tesamen met het gezin en vrienden getuigen van zijn levensmotto: genieten van het leven.
Zijn bourgondische karakter kon Pascal uitleven tijdens zijn talrijke activiteiten in de kookclub.Ook in de moeilijke periode van zijn kortstondig ziek zijn, bleef Pascal een attente vriend. Hij plukte de dag, en koesterde zijn mooie gezin.

Je betrokken inzet op het werk, je gulle lach, je enthousiasme, ... Pascal, we zullen je missen.

dr. Rudi Weckhuysen

25 jaar geleden begonnen dr. Peeters en ik samen in Sint-Niklaas. Ik leerde Pascal kennen als collega maar al snel veel beter als vriend.

Toen ons gezin, uiteindelijk, verhuisde naar onze vaste stek kwamen Pascal en Hilde langs met een jonge notenboom, die we samen geplant hebben. Al lachend zeiden we: "boompje groot....".
Het boompje is nu een stevige boom maar kan nog verdomd veel groter worden.

Pascal, ongelooflijk actief, stil zitten was eigenlijk niet je ding en al gauw had je ook hier in Sint-Niklaas een grote vriendenkring. Je kon erg genieten van het leven en al je activiteiten , maar je genoot pas echt als je anderen kon laten mee genieten. Je hield van je job en je was een warme en betrokken arts voor je patiënten.

Integer als je was, heb ik je nooit een kwaad woord horen zeggen over iemand anders. Ruzie maken stond niet in je woordenboek maar soms werd je kwaad als je vond dat er iemand onrecht werd aangedaan.

Een prater was je niet, je hield je gedachten voor jezelf omdat je er niemand mee lastig wilde vallen. We verstonden elkaar zonder woorden,maar wanneer er echte problemen opdoken konden we steeds bij elkaar terecht.

Het belangrijkste voor jou was je gezin; Je hield zielsveel van Hilde en je vier kinderen, voor hun geluk ging je door het vuur.

Pascal, ik heb het voorrecht gehad, daags voor je vertrek van jou afscheid te kunnen nemen. We hebben een laatste maal gehuild maar ik heb je toen in mij kunnen sluiten. Net als Hilde, Anneleen, Ilse, Wouter en Veerle en al je vrienden neem ik je nu overal met me mee.

Pascal , het laatste dat je zou willen, is dat je gezin de draad van het leven zou kwijt raken. Onlangs las ik een tekst die jij zeker zou onderschrijven:

"Het gaat erom
ook verdriet en tegenslag
een plaats in je leven te geven
en er zandzakjes rond te leggen,
zodat ze niet je hele dag
en leven verknallen"

dr. Herman Fivez

To statin or not to statin

dr. Francis Ruys

Wie heeft nog nooit vertwijfeld voor de grabbelton van de statines gestaan? Zou ik? Waarom zou ik niet? Eén pilletje daags en je slechte LDL-cholesterol duikt onder die magische 100 mg%.
Misschien liet je ooit, in tempore non suspecto, uit nieuwsgierigheid een cholesterolbepaling uitvoeren aan een farmaceutische stand in de pauze tussen twee lezingen op een internationaal congres. De toegesnelde délégué had je nog gelukgewenst met je gunstig gesternte. De gevarenzone van het cholesterol leek toen veraf. Sindsdien bleef je cholesterol stabiel, maar de bakens van de gevarenzone werden steeds verder uitgezet. Bij een recent bloedonderzoek stond zo waar een sterretje achter je cholesterol. En in bloeduitslagen wil je helemaal geen ster zijn, maar een anonieme middenmoter.

Cholesterol zit natuurlijk niet toevallig in ons bloed. Het wordt in de lever aangemaakt, maar er is ook aanvoer via de voeding. Ondanks zijn slechte reputatie is het onmisbaar voor de overleving en een essentieel onderdeel van onze cellen. Onze hersencellen bijvoorbeeld, bestaan voor liefst 23% uit cholesterol. Is het dan wel verstandig steeds lagere waarden na te streven? Cholesterol is ook nodig voor de aanmaak van vitamine D en een hoog cholesterol betekende een voordeel in streken met weinig zonlicht.

Tot zover het goede nieuws. Want sinds onze levensverwachting de voorbije eeuw toenam van 50 naar 80 jaren worden we geconfronteerd met de lange termijn effecten van hoog cholesterol. En dat verhaal is minder rooskleurig. Reeds in 1913 toonde de briljante Rus Anitschkow (op 28-jarige leeftijd!) het verband aan tussen aderverkalking en een hoog cholesterol. Het zal nog vele decennia duren alvorens de medische wereld dit tot dogma uitroept. Uiteindelijk zal ook bij de farmaceutische firma's de frank vallen en gaan zij op zoek naar middelen om dit bedreigende cholesterol aan banden te leggen.
Zoals vaker speelde toeval een rol in de ontdekking van de statines. De Japanner Akira Endo wist dat de aanmaak van cholesterol in de lever afhankelijk is van het enzym HMG-CoA reductase. Maar hoe dit enzym blokkeren? Akira Endo vermoedde dat schimmels blokkerende stoffen produceren om bacteriën (die ook cholesterol aanmaken voor hun groei) op afstand te houden. Nadat hij meer dan 6000 stammen had getest op blokkerende eigenschappen, botste hij in 1973 op Penicillium citrinium (gezien de verwantschap met Penicillium notatum, die aan de basis ligt van de ontwikkeling van de penicillines, worden de statines ook wel eens de penicillines voor het hart genoemd). Het actieve bestanddeel dat hij isoleerde, mevastatine, werd het eerste statine.
Wanneer een veelbelovende molecule het licht ziet, roepen de concurrerende farmabedrijven 'me too' en gaan ze op zoek naar een lichtjes verbouwde kopie. Een leger scheikundigen wordt ingeschakeld om het origineel te vertimmeren, bijvoorbeeld door phenylamide op de pyrrolring te vervangen door een halogeen. In de hoop dat het nieuwe product minstens even efficiënt is, zonder dat de toxiciteit verhoogt. De queeste naar het ideale statine leverde in 1987 mevacor en in 1991 zocor. Ook pravastatine zag het licht in 1991 en lescol in 1994. De laatbloeiers waren lipitor (in 1996) en crestor (in 2003).
Met de publicatie van de 4S studie in 1995 – waardoor de FDA de indicatie van statines bij hartpatiënten weerhield – kregen de statines een enorme boost. Deze studie toonde dat statines de kans op nieuwe vaatproblemen verminderen bij hartpatiënten. Men spreekt van secundaire preventie.
Ook voor de pechvogels, die bij de geboorte een torenhoog cholesterol overerfden (één op 100 personen), zijn statines onmisbaar voor een gelijke kansen beleid. Maar hoe zit het met de grote meerderheid van de bevolking die het ideale cholesterol net niet halen? Moeten zij aan de statines (de zogenaamde primaire preventie)? Volgens de resultaten van de 'grensverleggende' JUPITERstudie (2008) wel.
Kan men zich op deze ene studie blindstaren? Gaat men niet licht voorbij aan de resultaten van AURORA, SEAS, SALTIRE, ENHANCE, GISSI-HF, ASPEN en CORONA? Studies waar de statines nul op het rekwest krijgen voor wat hun effect op de levensverwachting betreft. En een recente meta-analyse van de universiteit van Oxford (die 65.229 hoog risico patiënten omvatte) toonde een verwaarloosbaar effect op de levensverwachting.
Ondertussen is het prijskaartje voor de statines niet gering. In België 255 miljoen Euro per jaar, waarvan 215 miljoen opgehoest door de ziekteverzekering. Van artsen mag verwacht worden dat zij – in tijden dat het gezondheidsbudget onder druk staat – rationele keuzen maken en hun patiënten geen utopie voorspiegelen.
Het laatste woord is voor Akira Endo, de grondlegger van de statines. In 2004, op 71-jarige leeftijd, werd hem door zijn arts een statine voorgeschreven, toen zijn cholesterol bij een routinecontrole niet optimaal was. Professor Akira Endo verkoos een actievere en gezondere levensstijl te volgen en nam geen statines. Zijn LDL cholesterol daalde van 155 naar 130 mg%. Aan duidelijkheid laat zijn boodschap niets te wensen over.