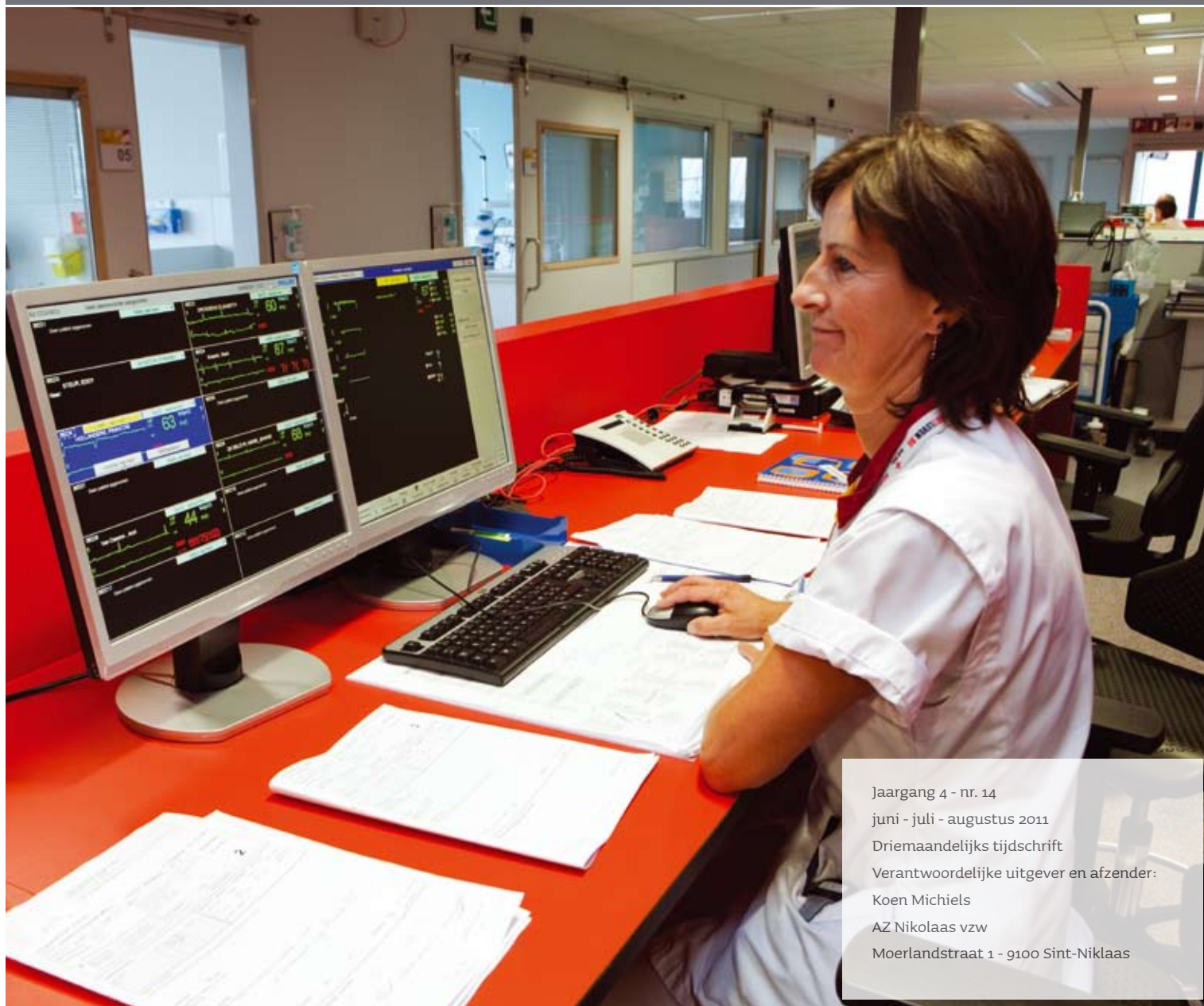


Infusie

- 04** Multidisciplinair groepsprogramma voor chronische pijnpatiënten
- 08** Infusie sprak met: dr. Christel Vossen
- 13** Oncologische revalidatie
- 18** Ingebruikname CCU - NCU (Coronary Care Unit - Neuro Care Unit)

14

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas



Jaargang 4 - nr. 14
juni - juli - augustus 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:

Prof. Dr. Philippe Duyck
Koen Michiels
Natalie Nevelsteen
Dr. Francis Ruys
Inge Smet
Dr. Leo Verguts

WERKTEN MEE:

Dr. Bert Adriaenssens
Apr. Katrien Blauwhof
Dr. Stefanie Bosselaers
Philip De Klerck
Erik Vlaminc
Guido Van der Elst

VORMGEVING:

Dienst communicatie AZ Nikolaas

ILLUSTRATIES:

Dr. Stefanie Bosselaers
Alex Deyaert
Dr. Francis Ruys
Erik Vlaminc

| | |
|---|----|
| Edito | 3 |
| Multidisciplinair groepsprogramma voor chronische pijnpatiënten | 4 |
| De rol van plastische chirurgie in de behandeling van obesitas | 6 |
| Infusie sprak met: dr. Christel Vossen | 8 |
| Oncologische revalidatie | 13 |
| Multidisciplinair samenwerkingsengagement transmurale medicatie-overdracht | 16 |
| Inhuizing CCU - NCU | 18 |
| Nieuwe evoluties op vlak van ritmestoornissen en hartfalen | 21 |
| Zinnenprikkelend | 24 |

Agenda

-
- 22 oktober* **Symposium: Revalidatie na CVA: State of the art**
-
- 28 oktober* **Opening Radiotherapie**
-
- 19 november* **Symposium diabetescentrum: Schildklier anno 2011**
-

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



Na de fusie de infusie

Sinds 1 april ben ik uw nieuwe medisch directeur. Onnodig u te vertellen dat de inlooperperiode die eigenlijk nog volop bezig is, boeiend, verrassend, leerrijk, inspirerend en soms vermoeiend is. Het is geen sinecure, geen voor de hand liggende zaak om een alomgewaardeerde hoofdarts, collega dr. Marc Geboers, die het reilen en zeilen van deze instelling door en door kende op te volgen.

Ik kom terecht in een groot ziekenhuis in volle beweging, in volle herschikking. Nieuwe afdelingen worden geopend met recepties en worden met evenveel persmomenten gehonoreerd. Andere verdiepingen worden met verbazingwekkende snelheid gerenoveerd. Wie gisteren daar werkte, werkt morgen misschien aan de overkant. De kleurdiagrammen van de architecten die ons ziekenhuis voorstellen en die op de directievergaderingen iedere week worden besproken veranderen continu, gebonden aan een ijzeren logica.

Diensten verplaatsen zich, poli's smelten samen; artsen en verpleegkundigen leven op andere plekken, in een nieuwere omgeving om anders met elkaar samen te werken.

De infusie na de fusie is nu volop aan de gang. In het najaar komt dan uiteindelijk de langverwachte nieuwe bewegwijzering: nieuwe kleuren, nieuwe ijkpunten, nieuwe straten. Hopelijk daalt hiermee dan ook de zo noodzakelijke rust wat op onze organisatie neer.

Ondertussen positioneert ons ziekenhuis zich meer en meer als een belangrijke speler in het aanbod van gezondheidszorg in onze stad Sint-Niklaas maar ook in onze brede regio. Afspraken worden gemaakt met bevoorrechte partners zowel in het somatische als in het psychiatrische werkveld. De associatie-afspraken met het UZ Gent worden versterkt en waar zo nodig bijgesteld. De zoektocht naar bijkomende artsenspecialisten wordt extra gestimuleerd en versneld gepubliceerd.

Reeds worden ambitieuze plannen voor fundamentele nieuwbouwprojecten opgestart. Objectief is een vernieuwde ziekenhuisvleugel op de bestaande centrale campus of een volledig nieuw ziekenhuis aan de rand van de stad in een verkwikkende groene omgeving. De voorbereidingen voor de zo noodzakelijke nieuwbouw op de bestaande campus in Beveren nadert een eindfase, niets lijkt ook daar de start van een groot project te kunnen afremmen.

Dit is evolutie, dit is groei.

De toekomst tegemoet. Nieuwe perspectieven opzoeken, uitdagingen verkennen, loslaten wat er geweest is en voluit voor de toekomst gaan. De nieuwe identiteit van AZ Nikolaas ten volle beleven en uitdragen. Als medisch directeur zal ik hierin mijn rol ten volle opnemen, de weg naar de toekomst voorbereiden. Verwachtingen creëren, perspectieven mee helpen aanbieden. Er ten volle tegenaan gaan en deuren openen. Kansen geven, collega's laten groeien, de organisatie vervolmaken. Dromen helpen waarmaken.

Wat schreef Elias Canetti ooit weer:

"Omdat ik me nu helemaal op mijn gebied heb gestort en er steeds dieper in doordring, vraag ik me soms af of ik ook een specialist ben. En hoeveel heb ik definitief terzijde geschoven zodat ik er nooit meer in geïnteresseerd zou kunnen raken?"

Of kan iemand wiens hartstocht religie en mythe zijn, nooit een echte specialist worden?

Bevatten mythen alles, zoals ik zo vaak graag bij mezelf zeg, of gaat er nog iets achter alle mythen schuil?

Bestaat er een nieuwe mythe, een werkelijk ongehoorde mythe, en is het mijn levenstaak die te vinden?

Of zal ik jammerlijk en schamel eindigen met niet meer dan een inventaris van alle mythen?"

Het antwoord op die vraag wil ik niet weten.

Prof. dr. Philippe Duyck
medisch directeur

Multidisciplinair groepsprogramma voor chronische pijnpatiënten

Medio 2010 werd vanuit het Multidisciplinair Pijncentrum van AZ Nikolaas een groepsprogramma opgezet voor patiënten, behandeld met epidurale neurostimulatie. Het groepsprogramma heeft tot doel om de pijnbestrijdende behandeling te versterken, en om risicofactoren (postoperatief) zoveel mogelijk te beperken of te ondervangen.

Het groepsprogramma bestaat uit vijf sessies, opgebouwd uit een aantal thema's:

- **Sessie 1:** Kennismaking en persoonlijke doelstellingen.
- **Sessie 2:** Medische aspecten van pijn en het gebruik van een neurostimulator.
- **Sessie 3:** Lichamelijk functioneren en activiteitenbeheer.
- **Sessie 4:** Stressmanagement en slaapkwaliteit.
- **Sessie 5:** Mijn sociale leefwereld.

Het groepsprogramma wil, met andere woorden, *een scala aan onderwerpen* omtrent de bio-psychosociale leefwereld van de patiënt aan bod laten komen. Daarnaast krijgt de patiënt tussen de sessies in verscheidene *zelfobservatie opdrachten*, ofwel in voorbereiding van een volgende sessie, bij wijze van *evaluatie*, ofwel in opvolging van een sessie om zo de inzichten meteen in de praktijk te brengen (training).

Tenslotte krijgt de patiënt in een *syllabus* deze *veelheid aan informatie* gebundeld, wat hem/haar moet toelaten achteraf gegevens op te zoeken of onderwerpen meer in de diepte na te lezen.

Doel

De finaliteit van het groepsprogramma is driedelig:

1. **Psycho-educatie:** de patiënt *bewust maken* van mogelijke risicofactoren (in- of overactiviteit, misbruik van medicatie, verstoorde nachtrust, aanwezigheid van psychosociale stressfactoren, e.a.) die de pijnklachten mee kunnen beïnvloeden en/of versterken, om deze *factoren beter te beheren*.
2. **Community effect:** door de *ontmoeting van lotgenoten* (andere patiënten behandeld met neurostimulatie) treden de patiënten ten aanzien van elkaar op als *ervaringsdeskundigen*. Ook wordt het sociale isolement doorbroken waarin sommige pijnpatiënten zich bevinden.
3. **Evalueren en monitoren:** via het groepsprogramma wil men *zicht krijgen op de mogelijkheden en beperkingen* van de patiënt en kan men een *inschatting* maken van de *specifieke patiëntsituatie* (risicofactoren in de verschillende levensdoelmeinen, hetzij biologisch, psychisch of sociaal).

In een dergelijk laagdrempelig en kortdurend groepsprogramma kunnen deze onderwerpen natuurlijk niet uitvoerig en/of uitputtend worden behandeld. Hoogstens kan de patiënt warm worden gemaakt voor een voortgezette, meer doorstastende en geïndividualiseerde follow-up.

Vormgeving

Om de groepen te begeleiden en inhoud te geven doet het Multidisciplinair Pijncentrum een beroep op andere diensten en deskundigen, met elk hun eigen bijzondere expertise. Aldus kan de betrouwbaarheid van de verkregen informatie worden gegarandeerd. Ook wordt de drempel voor de patiënt naar verdere opvolging de facto verlaagd, daar hij met de betrokken hulpverlener en het zorgaanbod reeds kennismakte.

Volgende diensten en zorgverleners van het AZ Nikolaas werken samen om het groepsprogramma vorm te geven (begeleiden sessies, samenstelling syllabus):

- Het **Multidisciplinair Pijncentrum** (psycholoog en pijnverpleegkundige) neemt de coördinatie van het groepsprogramma op zich en begeleidt de patiënten doorheen de vijf sessies.
- Psychologen en ergotherapeuten van het **Revalidatiecentrum** verzorgen de sessies rond '*Activiteitenmanagement*' en '*Stressmanagement*'. Zij inspireren zich hierbij op hun eigen 'Revalidatieprogramma voor chronische pijnpatiënten' en kaarten bij de patiënt de risico's aan van in- of overactiviteit en overmatige stress en de mogelijke invloed hiervan op de ervaren pijnklachten.
- De **Sociale dienst** geeft invulling aan de sessie rond '*Mijn sociale leefwereld*' en behandelt zowel de mogelijkheden rond opleiding en professionele heroriëntatie als de bestaande doch vaak miskende organisaties binnen de social profit (sociale wetgeving).
- Een **psycholoog** van het Oncologisch Supportteam stelt zijn specifieke expertise ter beschikking met betrekking tot de identificatie van en de omgang met *chronische in- of doorslaapstoornissen*.
- Last but not least wordt het groepsprogramma logistiek ondersteund door het **Facilitair Servicepunt**. Deze medewerkers staan zowel in voor een geschikte vergaderruimte, koffie en frisdrank voor de deelnemers (én organisatoren) als voor een vlotte multimediale ondersteuning

Eerste resultaten

Zoals hoger gesteld, heeft het programma tot doel om een zicht te krijgen op de bio-psychosociale leefwereld van de patiënt en

om deze - samen met de patiënt - te evalueren. Uit volgende cijfergegevens moet alvast de pertinentie van een dergelijk groepsprogramma blijken.

Wij noteerden bij de patiënten matige tot ernstige beperkingen op vlak van:

- Lichaamsbeweging: 78%
- Sociale activiteiten: 22%
- Ontspanning: 17%
- Werk: 22%
- Nachtrust: 17%

Wij observeerden bij de patiënten:

- 60% teveel fysieke activiteiten;
- 10% te weinig fysieke activiteiten;
- 60% 'slechte' afwisseling tussen mentale en fysieke inspanning;
- Slechts 10% goede afwisseling ontspanning - inspanning.

Erik Vlamincx
Procesmanager Core-business
erik.vlamincx@aznikolaas.be

Luc van Overschelde
Klinisch psycholoog Pijncentrum
luc.vanoverschelde@aznikolaas.be

Pijncentrum
03 760 23 18
www.nomorepain-sint-niklaas.be

Opening van het vernieuwde Multidisciplinair Pijncentrum

De diagnose en behandeling van chronische pijn hebben de afgelopen jaren grondige veranderingen en ontwikkelingen doorgemaakt. De nadruk verschuift steeds meer naar een aanpak van de mens als geheel, en dit in een multidisciplinaire context.

Daarnaast gaat er ook meer aandacht naar de preventie van langdurige pijnsyndromen en is er eveneens een uitgesproken evolutie te detecteren binnen de oorzakelijke en hoogspecifieke (geavanceerde) behandelingstechnieken en/of -sessies.

Met meer dan 10.000 patiëntencontacten op jaarbasis en de doelstelling om minder lange wachttijden te hebben en een verdere groei in de activiteit toe te laten, was een uitbreiding van de infrastructuur van het Multidisciplinair Pijncentrum dan ook noodzakelijk. Dit parallel aan een aantal andere gerealiseerde items, zoals informatisering op niveau van patiëntenplanning, enz.

Binnen het beschikbare en het nieuwe gedeelte van het Pijncentrum zijn er nu in totaal vier consultatieruimten, twee therapeutische interventiezalen, een multidisciplinaire overlegkamer, een lokaal voor verpleegtechnische zorg en educatie, alsook een ruimer secretariaat met onthaalfunctie voor de patiënt. Daarnaast zijn er nog een dertiental patiëntenposities (zetels en brancards), in functie van pijnbehandelingstechnieken die plaatsvinden onder de noemer van het dagziekenhuis.



Dr. Jean-Pierre Van Buyten, Dr. Iris Smet, Dr. Charlotte Stolte en Dr. Frank Thiessen van het Multidisciplinair Pijncentrum

Tot slot is de patiëntenwachtzaal voorzien van ergonomische stoelen, die bijzonder geschikt zijn voor de chronische pijnpatiënt. Het vernieuwde Pijncentrum werd op feestelijke wijze in gebruik genomen op zaterdag 30 april 2011.

De rol van plastische chirurgie in de behandeling van obesitas

De groeiende incidentie van obesitas is actueel een erkend probleem zowel in België als wereldwijd. Dit heeft op zijn beurt geleid tot een toenemend aantal mensen dat probeert gewicht te verliezen. Terwijl een deel van hen hierin slaagt door dieet en oefening, is het aantal bariatrische ingrepen pijlsnel gestegen. In de Verenigde Staten was er een toename van 63.000 ingrepen in 2002 naar 140.000 in 2004 tot meer dan 200.000 in 2009. Parallel hiermee stijgt ook de vraag naar figuurcorrecties zeer snel. Patiënten zijn immers vaak onaangenaam verrast door de hangende huidplooiën die aanwezig zijn na uitgesproken gewichtsverlies.

Presentatie na gewichtsverlies

Verschillende lichaamszones lijden onder de sterke gewichtsdaling. De meeste patiënten zijn niet voorbereid op het effect van de bariatrische heelkunde op hun lichaam en zijn zeer ontevreden met hun 'nieuwe figuur'. Afhankelijk van het patroon van gewichtsverlies presenteren zij met:

- laxe abdominale wand en mogelijks 'hangende huidschort';
- overtollige huid over de rug, flanken en heupen;
- huidplooiën langsheen de laterale thoraxwand;
- ptosis van de borsten;
- ptosis van de mons pubis;
- hangende overtollige huid ter hoogte van de bovenarmen;
- overtollige huid over de dijen.

De **abdominale regio** is de meest problematische zone. Naast de huidplooiën is er vaak een verzwakking van de abdominale wand met geassocieerde hernia's. De **thoracale regio**, zowel bij mannen als vrouwen, vertoont een huidoverschot dat aan de laterale zijden het meest uitgesproken is. De huid is namelijk sterk verkleefd met het sternum en de ruggengraat. Hierdoor ontstaat zowel een verticale als een horizontale ptosis waarmee rekening moet gehouden worden tijdens de figuurcorrigerende heelkunde. De overtollige huid ter hoogte van de bovenarmen strekt zich uit van de ellebogen naar de oksels en maakt verbinding met de laterale borstkas. De dijen vertonen niet steeds veranderingen bij gewichtstoename of -verlies.

Naast het esthetische aspect zijn er nog andere, gerelateerde problemen. Overhangende huidplooiën leiden vaak tot een, moeilijk te behandelen, intertrigineuze dermatitis. Aangepaste kledij vinden is niet evident omdat de verschillende lichaamszones nog steeds niet in proportie zijn. Persistierende rugpijn kan een gevolg zijn van de overtollige abdominale huid.

Figuurcorrigerende heelkunde wordt 'op maat gemaakt' om de specifieke problematische zones te corrigeren. Meestal zijn meerdere sequentiële operaties noodzakelijk. Zo wordt aangevangen met een circulaire abdominoplastie voor correctie van de abdominale- en lage rugregio. Vervolgens wordt een mastopexie verricht al dan niet gecombineerd met een augmentatieve mammoplastie. Zelden wordt een reverse abdominoplastie uitgevoerd om de thoracale regio te corrigeren. Vaak volgt dan een armlift (ook brachioplastie genaamd) en een dijlift. Een facelift corrigeert de laxiteit van de huid ter hoogte van het gelaat en de hals. Liposuctie is onvoldoende om de lichaamsvorm significant te veranderen omdat de uitgerekte huid onvoldoende capaciteit heeft om te krimpen. Liposuctie kan wel gebruikt worden als een aanvullende procedure.

Patiëntenselectie

Kandidaten voor figuurcorrigerende heelkunde worden zorgvuldig geselecteerd en geïnformeerd.

Men moet realistische verwachtingen hebben: perfectie is geen realistisch doel. Lange incisies resulteren in (meestal uitgebreide) littekens en de patiënt moet bereid zijn deze te aanvaarden. Patiënten moeten voorbereid zijn op een lange recuperatieperiode. Significante complicaties kunnen optreden en de patiënt moet mentaal en fysisch stabiel genoeg zijn om deze het hoofd te bieden.

Het gewicht moet stabiel zijn. Als een verder gewichtsverlies voorzien wordt, is het beter te wachten met plastische heelkunde. De beste resultaten worden verkregen als men zo dicht mogelijk bij het ideale lichaamsgewicht is. Daarenboven is het risico op complicaties lager bij een lager gewicht. Het ideale moment voor plastische heelkunde is zes tot twaalf maanden na het bereiken van een stabiel gewicht. Bij zwangerschaps-wens wordt gewacht met de figuurcorrigerende chirurgie.

Medicatie, allergieën en de voedingstoestand worden nagekeken: een adequate nutritionele toestand is noodzakelijk voor de postoperatieve wondheling. Aangezien bepaalde types van bariatrische heelkunde malabsorptie veroorzaken is advies van een diëtist aan te raden.

Roken is een absolute contra-indicatie! Het succes van figuurcorrigerende heelkunde wordt bepaald door de overleving van grote zones ondermijnde huid. Daarom is het van kapitaal belang dat patiënten minstens vier weken voor de operatie stoppen met roken en dit tot alle wonden volledig geheeld zijn.

Preoperatief

Voor een gezonde patiënt is een standaard bloedafname (cofo, stolling, lever- + nierfunctie) voldoende. Opname gebeurt meestal de dag voor de operatie. De preoperatieve aftekening is van kapitaal belang. Hiervoor moet voldoende tijd genomen worden. Dit geeft de patiënt ook nog de mogelijkheid eventuele bezorgdheden voor de operatie rustig met de chirurg te bespreken. Een goede arts - patiëntrelatie is essentieel!

Intraoperatief

De veiligheid van de patiënt is de belangrijkste factor tijdens de operatie. Sequentiële compressieve steunkousen worden aangelegd ter preventie van DVT. De temperatuur in de operatiezaal wordt hoog genoeg gehouden en de positionering, met voldoende padding onder elk drukpunt, wordt zorgvuldig gecontroleerd.

Postoperatief

Een postoperatief verblijf van minstens twee dagen is meestal noodzakelijk. Epidurale anesthesie voor extensieve heekunde (bv. circulaire abdominoplastie) vergroot het comfort in de eerste 24 uur. Ongeacht de aard van de ingreep wordt de patiënt gemobiliseerd op de eerste dag na de operatie.

Risico's en complicaties

Figuurcorrigerende heekunde is electieve heekunde. Patiënten worden zeer grondig geïnformeerd over de mogelijke risico's en complicaties. De meeste complicaties zijn mineur en kunnen op de post-operatieve consultaties behandeld worden. Toch zijn er ook majeure complicaties mogelijk die leiden tot heropname, verdere heekunde of verlengde wondzorg (meer dan zes maanden). De meeste postoperatieve **infecties** kunnen opgelost worden met rigoureuze wondzorg en orale antibiotica. Orale antibiotica worden routinematig gegeven tot alle drains verwijderd zijn.

Seroma's treden zeer frequent op ten gevolge van de uitgebreide ondermijning. Hierbij stapelt zich vocht op onder de huidflappen. Zolang de drains ter plaatse blijven, zal dit vocht gedraineerd worden, maar nadien accumuleert dit vocht. Een kleine collectie wordt spontaan geresorbeerd maar grote seroma's worden als zeer oncomfortabel ervaren. Behandeling van een seroma bestaat uit leegpuncteren van de collectie, soms repetitief.

Hematoma's kunnen ontstaan door onvoldoende hemostasis, hoesten, braken of stollingsstoornissen. Kleine hematoma's blijven meestal onopgemerkt. Uitgebreide hematoma's gaan gepaard met zwelling en moeten geaspireerd of chirurgisch geëvacueerd worden.

Wondhelingsproblemen zijn steeds mogelijk aangezien alle wonden (bewust) onder spanning gesloten worden. Kleine zones van dehiscentie genezen met adequate wondzorg. Een grote zone zal secundair gesloten moeten worden. Wondloslating kan optreden tot vier weken na de ingreep en dit voornamelijk bij plotse hevige bewegingen. Occasioneel wordt de bloedflow gecompromitteerd door de

wondsluiting onder tractie wat leidt tot huid- of weesfel-**necrose**. Deze zones genezen meestal met aangepaste wondzorg. Grote zones van necrose moeten soms heelkundig gedebrideerd worden.

Littekens zijn onlosmakelijk verbonden met chirurgische ingrepen. Littekens geassocieerd met figuurcorrigerende heekunde zijn meestal uitgebreid en kunnen niet steeds door kleding gecamoufleerd worden. Patiënten moeten op voorhand beslissen of ze bereid zijn dit te aanvaarden. Littekens zijn initieel rood en verheven, maar zullen geleidelijk aan verbleken en uitvlakken.

Verminderde gevoeligheid over de littekens en over liposuctiezones is vaak aanwezig en verbetert meestal geleidelijk.

Majeure complicaties zoals DVT en longembolus treden zelden op en kunnen meestal voorkomen worden door grondige preoperatieve screening naar risicofactoren en gebruik van Low Molecular Weight Heparines.

Resultaat na figuurcorrigerende heekunde

Patiënten zijn meestal zeer tevreden met het bereikte resultaat. Figuurcorrigerende heekunde lost de verwachtingen in, ondanks de uitgebreide heekunde en de lange recuperatieperiode. Kleding wordt gemakkelijker gevonden en vermindert meestal één à twee maten. Een actiever leven wordt mogelijk en het lichaamsbeeld verbetert.

De moeite die de patiënt genomen heeft om gewicht te verliezen wordt eindelijk beloond met het verwachte, verbeterde figuur.

Dr. Stefanie Bosselaers
Plastisch chirurg
stefanie.bosselaers@aznikolaas.be



Infusie sprak met...

Dr. Christel Vossen

Coördinator zorgprogramma reproductieve geneeskunde

Heel wat mensen ervaren op een bepaald moment in hun leven de wens om een kind te hebben maar de vervulling ervan verloopt niet voor iedereen zonder problemen. Ongeveer 12% van de Belgische paren wordt geconfronteerd met een vruchtbaarheidsprobleem. Jaarlijks dienen ongeveer 10 000 koppels een beroep te doen op medisch begeleide voortplanting. Infusie sprak met Dr. Christel Vossen, coördinator van de fertilitateiscliniek van AZ Nikolaas over deze problematiek.

Vanaf wanneer moeten wij denken aan sub/infertiliteit? Met andere woorden, wanneer is het aangewezen dat de huisarts een koppel doorstuurt naar de fertilitateiscliniek?

Ik denk dat na ongeveer 1,5 jaar proberen om zwanger te worden, het aangewezen is om een koppel met een onvervulde kinderwens door te sturen. Je moet rekenen dat een koppel per cyclus ongeveer 15 à 20% kans heeft op een mogelijke zwangerschap. Dit betekent dat ongeveer 90% van de vrouwen spontaan zwanger is na 1,5 jaar. 10% is dat niet en heeft nood aan exploratie fertilitateit. Dit betekent evenwel niet dat al deze koppels een behandeling nodig zullen hebben. Sommige koppels komen al na één jaar op consultatie. Er kunnen dan een aantal basisonderzoeken worden uitgevoerd, maar als deze normaal zijn worden er geen verdere acties ondernomen. De leeftijd van het koppel speelt echter zeker ook een rol, bij een ouder koppel zullen sneller stappen worden ondernomen dan bij een jonger koppel.

Wat zijn de mogelijke oorzaken van onvruchtbaarheid?

Een 20% van de onvruchtbaarheid blijft na exploratie onverklaard. In 80% van de gevallen vindt men wel een oorzaak. In 1/3 van de gevallen ligt de oorzaak voor de onvruchtbaarheid bij de vrouw, in 1/3 bij de man en in 1/3 van de gevallen is er sprake van een combinatie van factoren.

Bij de vrouwelijke oorzaken kan het gaan om een ovariële, hormonale stoornis: er is geen eisprong of een onregelmatige cyclus. Het kan ook te wijten zijn aan een transportstoornis, baarmoederproblematiek, endometriose of een genetische afwijking. Langs de mannelijke zijde heb je de spermadeficiënties zowel wat betreft het aantal zaadcellen (oligo- of azoospermie), de beweeglijkheid (asthenozoospermie) en de vorm (teratozoospermie) ervan. Ook immunologische en genetische factoren spelen een rol. Dikwijls is er ook sprake van een combinatie van verschillende factoren.

Hoe verklaart u de stijging van het infertiliteitspercentage?

De leeftijd van de vrouw speelt hierbij een grote rol. Een eerste zwangerschap wordt vaak uitgesteld om socio-economische redenen tot 30 – 35 jaar. Uiteraard is op die leeftijd de vruchtbaarheid reeds verminderd. Bij mannen is er een toename van verminderde spermakwaliteit op basis van milieufactoren,

alcohol, roken, stress en voeding. Deze laatste twee factoren gelden ook voor vrouwen.

Waar bevindt de fertilitateiscliniek van AZ Nikolaas zich?

Er komt een nieuwe (voorlopige) locatie op campus Sint-Niklaas – Moerlandstraat op de plaats van de vroegere Spoedgevallen-dienst. Na het bouwverlof deze zomer zou dit in orde moeten komen. De fertilitateisactiviteiten zullen dan gecentraliseerd zijn zodat ook beter voldaan kan worden aan de strenge kwaliteitsnormen die ons als weefselbank worden opgelegd door het FAGG (Federaal Agentschap Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten). In 2014 verhuizen wij naar onze definitieve locatie in het D-blok van campus Sint-Niklaas – Moerlandstraat, waar ook gynaecologie een plaats zal krijgen.

Wie is er allemaal werkzaam in het fertilitateiscentrum?

De fertilitateisartsen zijn collega dr. Patrick Puttemans en ikzelf. Er is ook een vaste fertilitateisverpleegkundige, Lut Van Poeck, die o.a. assisteert bij de pick-ups en de raadpleging. Zij staat ook in voor de administratieve opvolging van het dossier, het medicatiegebruik en de medicatieverdeling.

Als externe consultants doen wij een beroep op dr. Christine Franckx (kinder- en jeugdpsychiatrie) en haar infantteam wat betreft psychologische begeleiding en op dr. Peter Coremans (endocrinologie) wanneer er een andrologisch consult nodig is.

Hoe kunnen patiënten een afspraak maken?

Op dit moment worden de afspraken van Dr. Puttemans gemaakt via het nummer 0473 54 01 38 en die van mezelf via 0497 21 06 53 of 03 296 44 65. Van zodra we de nieuwe locatie in gebruik nemen zal dit via een centraal telefoonnummer verlopen.

Hoe verloopt een eerste consultatie?

Het is heel belangrijk om tijdens de eerste raadpleging een goede anamnese af te nemen. De eigen medische en heelkundige voorgeschiedenis kan een aantal zaken naar voren brengen die zeker van belang kunnen zijn.

Ook de familiale anamnese, zeker op het vlak van eventuele genetische afwijkingen, moet gekend zijn. Sommige koppels hebben ook al een specifieke voorgeschiedenis met betrekking



tot hun fertiliteitsverhaal, hetzij een gebeurtenis uit het verleden, zoals een trauma van een teelbal of een geopereerde cryptorchidie, hetzij een fertiliteitsbehandeling elders. Op basis van de anamnese wordt dan beslist welke verdere onderzoeken noodzakelijk zijn. Ook wordt er beoordeeld of er een aanvullend consult van psycholoog, psychiater, uroloog, androloog of geneticus aangewezen is. Soms gebeurt dit pas in tweede tijd. In het eerste consult wordt er dus eigenlijk vooral informatie verzameld om de behandeling verder uit te stippelen.

Welke onderzoeken moeten er allemaal gebeuren?

Je moet een onderscheid maken tussen standaardonderzoeken en bijkomende onderzoeken. Als standaardonderzoeken bij de vrouw heb je een bloedonderzoek voor hormonale en infectieuze screening, een klinisch onderzoek, een transvaginale echografie en een biopsie van het baarmoederslijmvlies (belangrijk voor de innesteling). Op indicatie wordt een hysterosalpingografie uitgevoerd om de doorgankelijkheid van de tubae na te gaan. In functie van de problematiek en van de resultaten van deze standaardonderzoeken kan het bijkomend nodig zijn om een laparoscopie en hysteroscopie uit te voeren. Bij de man gebeurt er routinematig een onderzoek van een spermastaal. Bij afwijkende spermamaparameters wordt een

andrologisch consult aangevraagd. Door middel van een klinisch onderzoek, hormonale bepalingen, opsporen van infectieziekten, anti-sperma antistoffen en echografie van het scrotum kunnen een aantal oorzaken van mannelijke infertiliteit achterhaald worden. Al deze onderzoeken worden zo snel mogelijk verricht zodat bij een volgende raadpleging de mogelijke oorzaak van het fertiliteitsprobleem kan worden besproken en in overleg met het koppel een therapievoorstel kan worden gedaan. In totaal zijn er twee tot drie consulten nodig vooraleer er met een behandeling gestart wordt.

Wordt er ook genetisch onderzoek uitgevoerd bij een man met slechte spermakwaliteit?

Bij een ernstige mannelijke factor wordt inderdaad een karyotype bepaald en een DNA-analyse uitgevoerd ter uitsluiting

van deleties op het Y-gen, die de oorzaak kunnen zijn van de subfertiliteit. Een genetische analyse gebeurt ook standaard in het geval van een ivf-behandeling.

Is het mogelijk om de kwaliteit van het sperma te verbeteren? Probeer je dit of ga je direct over tot kunstmatige inseminatie?

Bij een klein percentage mannen is het mogelijk om door middel van een hormonale behandeling of een chirurgische behandeling (bv. het wegnemen van een spatader rond de teelbal) een oplossing te bieden, maar in de meeste gevallen van mannelijke subfertiliteit komt er toch een fertiliteitsondersteunende behandeling aan te pas. In functie van de ernst van de sperma-afwijking kiezen we voor inseminatie, ivf of icsi.

Over welke behandelingen beschik je om zwangerschap te induceren? Kun je ze kort toelichten?

De meest eenvoudige behandeling is het **assisteren van de natuurlijke conceptie**. Hier ga je heel eenvoudig de natuurlijke cyclus monitoren om op die manier het tijdstip van de eisprong exact te bepalen en hiermee samenhangend het tijdstip van de getimede gemeenschap.

In geval van afwezigheid van een ovulatie gebeurt er een ovulatie inductie. Soms wordt er geopteerd, zelfs als er een normale eisprong is, om de eierstok toch te stimuleren om meerdere eicellen tot ontwikkeling te brengen en zo de kans op zwangerschap te verhogen. Het gaat hier dan om een **ovariële stimulatie met superovulatie**. Zo een hormonaal gestimuleerde cyclus dient nauwkeurig te worden opgevolgd door middel van vaginale echografie en hormonale bepalingen en dit ter preventie van een grote meerlingzwangerschap en het optreden van het hyperstimulatiesyndroom.

De **hiui (hoge intra-uteriene inseminatie)** wordt toegepast in geval van een onverklaarbare subfertiliteit of bij lichte spermatafwijkingen. Bij deze techniek wordt het spermastaal gecapaciteerd (opgewerkt) in het laboratorium en vervolgens via een fijne katheter hoog in de baarmoeder ingebracht op het moment van de eisprong.

Als meer invasieve technieken beschikken we over **ivf (in-vitrofertilisatie)** en **icsi (intracytoplasmatische sperma injectie)**. Het principe van ivf bestaat uit het oppikken van eicellen uit de eierstok na voorafgaandelijke stimulatie en het bevruchten ervan met zaadcellen buiten het lichaam (in vitro = in glas). Vermits niet elke eicel bevrucht wordt en niet elk embryo zich optimaal verder ontwikkelt wordt getracht door middel van stimulatie van de eierstok met follikelstimulerend hormoon meerdere eicellen te bekomen om zo de kans op zwangerschap te verhogen. Deze stimulatie van de eierstok wordt gevolgd door middel van vaginale echografie en hormonale bloedanalyses. Als de follikels groot genoeg zijn, zorgt een injectie met humaan choriongonadotrofine (Pregnyl) voor een finale rijping van de eicellen waardoor ze een optimaal bevruchtend vermogen krijgen. Ongeveer 36 uur later worden de eicellen geaspireerd. Dit gebeurt door middel van een fijne naald die via de vaginale sonde onder echografische controle tot in de eierstokken wordt gebracht. Deze procedure wordt uitgevoerd onder sedatie en duurt ongeveer 15 à 30 minuten. De man maakt in dezelfde periode een spermastaal aan.

De eicellen en zaadcellen worden vervolgens in een transport-incubator rond 37° C naar het samenwerkend B-centrum getransporteerd. Hier worden enkele uren na het oppikken van de eicellen gecapaciteerde zaadcellen aan de eicellen toegevoegd. Samen worden ze dan in een broedstroof geplaatst en de dag erna wordt er gekeken of de bevruchting heeft plaats gehad. De bevruchte eicellen (zygote) worden dan terug in de broedstroof geplaatst om ze verder te laten delen. Zo ontstaat een embryo met meerdere cellen. In functie van de snelheid van de deling en de gelijkmatigheid van de embryonale cellen krijgt het embryo een kwaliteitsscore. Aan de hand hiervan wordt het beste embryo of embryo's voor terugplaatsing geselecteerd. Deze terugplaatsing gebeurt twee à drie dagen na het oppikken van de eicellen.

Met welke hormonen wordt er gestimuleerd?

Er wordt gestimuleerd met gonadotrofines: follikel stimulerend hormoon. Er zijn twee klassen: de **urinaire gonadotrofines** (menopur-fostimon) die uit de urine komen van gemenopauzeerde vrouwen en de **recombinante of synthetische gonadotrofines**. De laatste jaren zijn tal van studies gepubliceerd met betrekking tot de verschillen (voor- en nadelen) van beide groepen.

In de urinaire gonadotrofines is ook luteïniserend hormoon aanwezig. Dit hormoon piekt in een spontane cyclus rond de ovulatie maar wordt tijdens een stimulatie continu gegeven. Dit zou een gunstig effect hebben op de implantatie. De firma's die de recombinante gonadotrofines op de markt brengen, claimen dan weer een betere eicelkwaliteit, meer eicellen en betere embryo's. De keuze wordt ook bepaald door kostprijs en gebruiksgemak. De recombinante, in de vorm van een pentoediëning, zijn gemakkelijker in gebruik, maar ook veel duurder. De door het Riziv gehanteerde forfait per ivf-cyclus voor het gebruik van medicatie (€ 1034 / cyclus) is berekend op het gebruik van 50% urinaire - en 50% recombinante gonadotrofines.

Wordt er altijd gestimuleerd tijdens ivf- of icsi-behandeling?

Eigenlijk wel. Je kan in principe ook een ivf-behandeling doen in een natuurlijke cyclus, maar het grote nadeel is dat er dan meestal maar één eicel is. Rekening houdend met het feit dat je ongeveer 80% van de aanwezige eicellen bekomt na eicelaspiratatie, kan het dus gebeuren dat je geen eicel hebt kunnen oppikken. Is er wel een eicel, dan moet ze nog bevrucht worden en moet het embryo zich nog goed ontwikkelen. De slaagkansen zullen dus zeker verminderen bij ivf in een natuurlijke cyclus. Heel het principe van ivf is er net op gebaseerd om van veel follikels te vertrekken en zo door embryoselectie de kans op zwangerschap te vergroten.

Hoeveel embryo's worden er teruggeplaatst en waarom worden er soms meerdere embryo's teruggeplaatst?

Uiteraard om de slaagkans te verhogen. Maar het is een wikkelen wegen tussen slaagcijfers en het risico op meerlingzwangerschappen. De factoren die daarin meespelen zijn de leeftijd van de vrouw (want dat is een belangrijke factor in de slaagkans), de embryokwaliteit en het aantal reeds uitgevoerde ivf-pogingen. Soms wordt er beslist om meerdere embryo's terug te plaatsen omdat de kwaliteit niet optimaal is. Het is ook zo gereguleerd in de Belgische wetgeving: onder 35 jaar mag er bij de eerste poging maar één embryo terug worden geplaatst, bij de tweede poging één embryo behalve als de embryokwaliteit matig of slecht is en vanaf een derde poging twee embryo's. Boven de leeftijd van 35 jaar mogen onmiddellijk twee of meer embryo's worden teruggeplaatst omdat de slaagkansen dan door de leeftijd sowieso kleiner zijn.

Wat gebeurt er met overtollige embryo's? Wanneer worden ze vernietigd?

Als er na terugplaatsing nog overtollige kwalitatief goede embryo's beschikbaar zijn worden deze ingevroren voor eventuele terugplaatsingen bij latere cycli. Wettelijk is het zo dat als er nog ingevroren embryo's beschikbaar zijn, je deze eerst moet gebruiken. Je kunt ze dus niet meer opsparen. Er is nu ook een nieuwe invriestechiek (vitrificatie) waardoor de slaagkans op zwangerschap van een cryocycclus deze van een verse cyclus benadert.

Embryo's worden gedurende vijf jaar bewaard. De patiënten worden altijd op voorhand verwittigd op het einde van de termijn. In het contract dat het koppel vóór de start van hun ivf-behandeling ondertekent wordt de bestemming van embryo's (als het koppel ze zelf niet meer wenst te gebruiken) bepaald,

bv. vernietiging, gebruik voor wetenschappelijk onderzoek of donatie aan een ander koppel. Hier kan het koppel steeds op terugkomen. Vermits het mogelijk is dat één van de partners er op het einde van deze periode (5 jaar) niet meer is, wordt de bestemming van de embryo's reeds in het begin vastgelegd.

Wat is het slaagpercentage van ivf en waarom lukt dit niet steeds onmiddellijk?

Globaal kun je stellen dat de slaagkans schommelt rond de 30% per cyclus. Er worden maximaal zes ivf-cycli terugbetaald per vrouw. Een behandeling lukt inderdaad niet per definitie van de eerste keer: soms is er een probleem in de bevruchting door een deficiënte hechting van de spermacel aan de zona pellucida van de eicel, of is er geen penetratie door de zaadcel. Dan wordt overgestapt op icsi (intracytoplasmatische sperma injectie). Hierbij wordt een morfologisch normale spermacel opgezogen in een dunne glazen pipet en door de buitenste laag van de eicel tot in het cytoplasma ervan gebracht. Verder is de embryodeling en -ontwikkeling ook niet steeds optimaal en zelfs bij terugplaatsing van een kwalitatief goed embryo ontstaat niet per definitie een zwangerschap. Het embryo moet implanteren waarbij de dikte en kwaliteit van het baarmoederslijmvlies een belangrijke rol speelt. Ook immunologische factoren spelen een belangrijke rol; tenslotte is de mannelijke component van het embryo lichaamsvreemd. Cumulatief kunnen we gelukkig toch stellen dat ongeveer 90% van de koppels na zes ivf-behandelingen zwanger wordt.

Hoeveel procedures worden er per jaar in AZ Nikolaas uitgevoerd?

Ik schat voor ons ziekenhuis ongeveer 200 inseminatiecycli per jaar en 110 ivf-cycli.

De fertilitetskliniek in het AZ Nikolaas is een A-centrum, wat betekent dat?

Een fertilitetskliniek met zorgprogramma reproductieve geneeskunde A mag alle fertiliteitsonderzoeken en -behandelingen uitvoeren inclusief ivf, tot op het stadium van de pick-up. Een A-centrum werkt voor ivf samen met een of meerdere centra met zorgprogramma B. Deze B-centra beschikken over een labo voor embryokweek. In de praktijk betekent dit dat de ovariële stimulatie en eicelaspiratie in het A-centrum gebeurt, de embryokweek en de -terugplaatsing in het B-centrum. Dit is het principe van **'transport-IVF'**. Wij werken op dit moment samen met het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en Life Leuven. Dergelijke werking verloopt zeer vlot en heeft als voordeel dat de patiënte binnen haar eigen regio kan behandeld worden en zich slechts één maal naar het B-centrum dient te verplaatsen, namelijk voor de terugplaatsing van het embryo. Zo wordt de belasting voor het koppel zo laag mogelijk gehouden. Het is ook een voordeel dat de volledige behandeling wordt gecoördineerd door een voor het koppel vertrouwde arts, in plaats van de vaak wisselende artscontacten bij een behandeling in de grote B-centra. Zeker van belang om mee te geven is het feit dat wetenschappelijke gegevens, maar ook onze eigen cijfers aantonen dat 'transport ivf' het slaagpercentage voor zwangerschap zeker niet doet verminderen.

Hoe gebeurt de psychologische begeleiding?

Bij aanvang van een ivf-procedure moeten alle patiënten worden gescreend om na te gaan of er geen psychosociale contra-indicaties zijn. Ook tijdens de behandeling zelf gebeurt het regelmatig dat patiënten nood hebben aan psychologische begeleiding of ondersteuning. Zoals reeds gezegd kunnen zij hiervoor een beroep doen op het infantteam van collega dr. Christine Franckx. Al van bij de start van de therapie wordt het koppel over deze mogelijkheid geïnformeerd. Ook bij een wijziging van een behandeling wordt dit nog eens vermeld.

Zijn er bepaalde contra-indicaties voor ivf? Ik las dat in sommige centra vrouwen die roken geweigerd worden.

Roken is een negatieve factor, zowel voor fertiliteit als zwangerschap maar geeft geen aanleiding tot weigering. Een reden om te weigeren is de leeftijd: die mag bij de vrouw niet boven de 45 jaar zijn en bij de man niet boven de 60, maar de terugbetaling van de behandeling gaat maar tot 43 jaar. Ook zware psychosociale problematiek kan een reden zijn tot weigering en in het geval van een positieve serologie voor hepatitis of aids wordt het koppel doorverwezen naar Hôpital Saint-Pierre in Brussel.

Zijn er bepaalde risico's aan een fertiliteitsbehandeling verbonden?

Het risico situeert zich voornamelijk op het niveau van de stimulatie. Ongeveer 2% van de stimulaties geeft aanleiding tot een overstimatiesyndroom, dat mild, matig of ernstig kan zijn. Bij een ernstige overstimulatie zijn de hormonale veranderingen zo groot dat er een grote shift ontstaat van intravasculair vocht naar de extravasculaire ruimte met indikking van het bloed, een stijging van de hematocrietwaarde en bloedplaatjes met een verhoogd risico op trombose tot gevolg. Een ziekenhuisopname is dan noodzakelijk met toediening van albumine IV, Clexane SC, dragen van steunkousen en rust. Dan zijn er ook de risico's op het vlak van de pick-up: intra-abdominale infecties en bloedingen ter hoogte van de schedetop of intra-abdominaal. Gelukkig komen deze complicaties zeer weinig voor.

Is een meerlingenzwangerschap een complicatie?

Ik weet niet of je dit als een complicatie moet beschouwen, maar het is inderdaad een gevolg van ovariëel stimuleren. Bij het gebruik van clomid is het percentage tweelingen 5-10%, bij gebruik van FSH ligt dit op 20% tweelingen en minder dan 1% grote meerlingen. Voor een stuk heb je dit zelf in de hand. Een voorzichtige stimulatie met goede echografische en hormonale opvolging is de boodschap. Er bestaan in dit verband ook richtlijnen: als in een non-ivf-setting de oestrogeenspiegel zich boven de 1000 situeert en er bij het echografisch onderzoek meer dan drie follikels zichtbaar zijn, kan je veiligheidshalve het koppel beter geen gemeenschap laten hebben of niet insemineren omwille van de grote kans op een 'grote meerling'. Je kan eventueel ook follikels wegprikken als het er maar één of twee teveel zijn. Of je kan overgaan naar ivf. Dat noemen we dan 'escape ivf'.

Zoals daarnet aan bod kwam bestaan er bij ivf wettelijke bepalingen over het aantal embryo's dat teruggeplaatst mag worden. Maar ook al hanteer je die criteria, af en toe hebben we toch een grote meerling.

Ik las dat het ook mogelijk is om het aantal embryo's terug te verminderen, klopt dit?

Wij raden dat ook aan: bij een drielingzwangerschap is het risico op ernstige prematuriteit zeer reëel. Deze patiënten worden doorverwezen naar een specifiek centrum (VUB of UZ Gasthuisberg), waar men dergelijke embryoreducties uitvoert. Na bespreking van de risico's op prematuriteit versus het risico van de procedure wordt samen met het koppel een beslissing genomen. Je kan reduceren van drie naar één of naar twee embryo's. In het UZ Gasthuisberg doet men enkel dat laatste. In geval van een embryoreductie is er een risico van 7 tot 8% op 'total loss', wat betekent dat men alle embryo's verliest door een miskraam. Psychologisch is het doormaken van een dergelijke procedure wellicht zwaar. Vandaar blijft het belangrijk om het optreden van meerlingzwangerschappen zoveel mogelijk proberen te beperken.

Onlangs verscheen er in de krant de aankondiging dat de voormalige VRT-journaliste Els De Temmerman op 49 jarige leeftijd zwanger is van een tweeling, vermoedelijk na kunstmatige inseminatie. Hanteert u een leeftijdsgrens?

In geval van hiui ligt in België de leeftijdsgrens op 45 jaar, bij ivf bedraagt de grens voor terugbetaling 43 jaar. De embryo's die uit ivf-behandelingen voortkomen mogen wel nog teruggeplaatst worden tot 47 jaar.

Eigenlijk hanteert men hierbij reeds een vrij hoge leeftijdsgrens. Ik vind het logisch en terecht dat er een dergelijke beperking bestaat, vermits de slaagkansen per cyclus bij vrouwen boven 43 jaar te laag zijn in verhouding met de kostprijs van de behandeling. Er is op oudere leeftijd ook een toegenomen risico op genetische afwijkingen, hypertensie, zwangerschapsdiabetes en vroeggeboorte. In Oeganda mogen vruchtbaarheidstechnieken blijkbaar onbeperkt worden toegepast, doch in België kan dit niet conform de wetgeving.

Bent u ooit geconfronteerd met de vraag naar gendersselectie?

Regelmatig, niet alleen in een ivf-setting, maar ook bij non-ivf. Wettelijk en ethisch is dit in België niet toegelaten en kan daar dus niet worden op ingegaan. Er kan wel aan geslachtsselectie worden gedaan wanneer er sprake is van een geslachtsgebonden chromosomale afwijking. Dan is pre-implantatie genetische diagnostiek met geslachtsbepaling mogelijk en aangewezen; dit betekent dat er genetisch onderzoek gebeurt op één van de cellen van het embryo en dit vooraleer het embryo wordt teruggeplaatst. Die procedure heeft wel ook een risico op embryo-verlies.

In geval van non-ivf zou je ten gevolge van het verschil in soortelijk gewicht een selectie kunnen maken tussen zaadcellen met een X- en met een Y-chromosoom. In theorie zou je daar dus ook een procedure kunnen uitwerken, maar dit gebeurt niet gezien het wettelijk kader dit niet toelaat.

Dankzij vitrificatie van eicellen zijn deze nu ook bruikbaar voor social freezing (het preventief laten invriezen van eicellen). Hoe staat u hiertegenover?

Ik heb het daar moeilijk mee. Het is een procedure die veel geld kost aan de maatschappij. Waar moet je dan de grens trekken? Wat is de ideale leeftijd voor social freezing? Tussen 25 en 30

jaar al zeker niet want een aantal patiënten zal spontaan zwanger worden, de eicellen zullen ook niet altijd gebruikt worden en er is ook het risico van de ivf-procedure zelf. Tussen 30 en 35 jaar zou je in theorie als de ideale leeftijd kunnen beschouwen maar dat is ook een betere leeftijd om spontaan zwanger te worden dan op latere leeftijd. Ik kan me wel voorstellen dat men de vraag stelt naar aanleiding van bijvoorbeeld een geplande chemotherapie waarbij een toekomstige vruchtbaarheidproblematiek te verwachten is. Hier kan men eicellen gaan invriezen zoals met dit ook met spermacellen reeds doet. Of ze uiteindelijk gebruikt gaan worden zal dan afhangen van de medische problematiek van de patiënte. Dat is iets anders, daar kan ik mij wel achterstellen.

Hoeveel kost een ivf-behandeling?

Circa 3000 euro per cyclus. De kostprijs wordt vooral bepaald door de medicatie en door de labokost van de embryokweek.

Een laatste vraag: wanneer wordt een fertiliteitsbehandeling stopgezet?

De kostprijs is uiteraard van belang: er worden maar zes ivf-pogingen terugbetaald per vrouw (en dus niet per zwangerschap). Een aantal koppels gaan echter na deze zes pogingen op eigen kosten verder.

Je moet uiteraard ook kijken naar de medische situatie. Als de embryokwaliteit bij herhaling zeer slecht is, moet je deze mensen niet aan het lijntje houden en hen eerlijk adviseren. Patiënten stellen soms ook zelf grenzen, bijvoorbeeld wel hiui, maar geen ivf. Soms kan het aangewezen zijn gebruik te maken van donormateriaal. Ook dit is niet steeds aanvaard binnen het koppel, waardoor adoptie soms een beter alternatief kan zijn.

Misschien toch deze positieve noot: gelukkig zijn de meeste behandelingen succesvol en resulteren in de verhoopte zwangerschap. In die zin is subfertiliteit een intensieve maar ook zeer dankbare discipline waarbij de voldoening en het medegeluk, als onze patiënten soms na een langdurige kinderwens uiteindelijk zwanger worden, heel bijzonder zijn.

Bedankt voor deze toelichting

Dr. Leo Verguts

Oncologische revalidatie:

Levenskwaliteitverbetering en reïntegratie van adjuvant behandelde vrouwen met borstkanker door middel van fysieke training en levensstijlbegeleiding

Onderzoeksproject van de Werkgroep Oncologische Revalidatie (WOR)

"... Fysieke activiteit en sport en spel zijn verantwoorde niet-medicamenteuze interventies om de vermoeidheid van kankerpatiënten te reduceren en hun levenskwaliteit te verhogen ..."

Prof. J. Bourgois, Workgroup Against Cancer Fatigue, Vermoeidheid bij kanker: een onderschat fenomeen.

Met deze quote werd het eerste artikel over vermoeidheid na kanker (MMMaggezien, nr. 12, winter-lente 2005) en de opstart van oncorevalidatie binnen ons ziekenhuis ingeleid. Op dat moment werd er reeds vastgesteld dat in België negen op honderd vrouwen vroeg of laat getroffen worden door borstkanker. Dit percentage is intussen nog toegenomen. Dankzij verbeterde chirurgische technieken en innovatie op gebied van de adjuvante therapievormen, kunnen er echter meer en meer vrouwen van deze ziekte worden genezen.

De therapie gaat echter spijtig genoeg gepaard met vervelende nevenverschijnselen. Persisterende vermoeidheid is hier één van. 70 tot 90% van de patiënten krijgt tijdens de therapie te maken met extreme vermoeidheid. Bij 30% blijft deze vermoeidheid ook bestaan na de therapie, in sommige gevallen tot jaren na het stopzetten van de therapie.

Cancer related fatigue

Bij gezonde mensen is moeheid een mechanisme dat beschermt tegen lichamelijke of geestelijke overbelasting. Vermoeidheid bij kanker daarentegen is een ongewone, abnormale of excessieve vermoeidheid die niet in verhouding staat of gerelateerd kan worden aan een bepaalde activiteit. Bij **cancer related fatigue** liggen naast biologische factoren zoals anemie, ijzertekort,... ook angst, stress, slaapproblemen en andere cognitieve problemen (bv. neiging tot depressiviteit) aan de basis van het ontstaan.

Deze vorm van vermoeidheid heeft een negatieve invloed op de activiteiten van het dagelijkse leven en beïnvloedt op die manier de levenskwaliteit van de patiënt. In tegenstelling tot wat men zou denken, kan men deze vermoeidheid niet oplossen door te rusten. Integendeel, rust veroorzaakt afname van de fysieke conditie waardoor de belastbaarheid verder afneemt en men zich nog vlugger moe gaat voelen. Om deze vicieuze cirkel te doorbreken, is het nodig dat men (gedoseerd) gaat bewegen.

Prof. Bourgois, inspanningsfysioloog aan de universiteit van Gent en destijds medewerker aan de dienst medische oncologie, heeft in België belangrijk werk verricht op het gebied van

oncorevalidatie. Hij schreef een specifiek oefenprogramma uit voor kankerpatiënten (**Eureka**) en ging dit, op vraag, toelichten in ziekenhuizen over heel Vlaanderen.

Het is zijn voordracht over kankergerelateerde vermoeidheid, georganiseerd door het Oncologisch dagziekenhuis AZ Nikolaas, én de vraag van Ann Reyns (borstverpleegkundige), die er ons hebben toe aangezet om een eigen oncorevalidatieprogramma, **'Terug Aktief'**, uit te werken. Er is van bij de start in oktober 2004 onmiddellijk gekozen voor een multidisciplinair behandelprogramma waarbij er naast fysieke training ook aandacht is voor psychosociale problematiek (communicatie, stress- en energiemangement, slaapproblemen, e.a.).

Werkgroep Oncologische Revalidatie (WOR)

Daar wij op het moment van de opstart niet konden terugvallen op een vergoeding vanuit het Riziv (nomenclatuur) en tegelijkertijd voor een belangrijke investering stonden, namelijk het aankopen van de nodige fitnessstoestellen, zijn wij vanuit het centrum op zoek gegaan naar financiële ondersteuning. Eén van de belangrijkste sponsors was de Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK), die ons een subsidie van twee jaar toekende. In ruil voor dit engagement moest het ziekenhuis participeren in de **Werkgroep Oncologische Revalidatie (WOR)**. Deze werkgroep kreeg de opdracht de nodige kwaliteitsnormen uit te schrijven en het revalidatieprogramma te standaardiseren met als uiteindelijke doel het indienen van een aanvraag tot nomenclatuur bij het Riziv. In de beginperiode waren er vijf ziekenhuizen die deelnamen aan de vergaderingen van de WOR: UZ Gent, UZ Gasthuisberg Leuven, Virga Jesse ziekenhuis Hasselt, AZ Damiaan Oostende en het toenmalige AZ Maria Middelaars (nu AZ Nikolaas). Later werden daar ook nog het ZNA Middelheim Antwerpen en tenslotte ook het universitair ziekenhuis van Luik aan toegevoegd.

Onder impuls van prof. Bourgois werd er een akkoord afgesloten met het Riziv. De werkgroep kreeg een jaar de tijd om een onderzoeksprotocol uit te schrijven dat ter goedkeuring moest worden voorgelegd. Na de goedkeuring van het protocol volgt de 'meetfase' (drie jaar). Bij positieve meetresultaten van het oncorevalidatieprogramma op het gebied van levenskwaliteit en reïntegratie kan er gepraat worden over een aanvraag tot nomenclatuur (voorjaar 2014).

Ondertussen staan we een paar stappen verder: het onderzoeksprotocol is uitgeschreven en ook aanvaard. Het is nu enkel nog wachten op de ondertekening en de publicatie van het des-



Van links naar rechts: Jan Piers - psycholoog, Joost Hellin - psycholoog, Katrien De Wagter - psycholoog, Eva Dobbelaere - adjunct-diensthooft kinesithérapie, Michel Schynkel - psycholoog, Ann Reyns & Katty Haeck - borstverpleegkundigen, Wendy Van Ooteghem - diëtiste. Niet aanwezig voor de foto: Caroline De Block - kinesiste

betreffende Koninklijk Besluit. Ondertussen wordt de meetfase voorbereid (teaching van de begeleiders) en in september 2011 hopen wij te kunnen starten met de eerste oefencyclus van twaalf weken.

In 2012 en 2013 volgen er telkens drie cycli per jaar. Eind 2012 (na drie oefencycli) wordt er een voorlopig verslag opgemaakt. Op dit moment kan het project eventueel nog bijgesteld worden. Het aantal deelnemende instellingen wordt dan ook uitgebreid tot (maximaal) vijftien.

In 2014 worden de gegevens van alle metingen statistisch verwerkt (UZ Gent) en wordt het eindverslag voorgelegd aan het Riziv.

Wat houdt een oefencyclus in?

Elke cyclus bestaat uit 48 uur **fysieke training**, verspreid over twaalf weken:

- Frequentie: drie maal per week
- Elke sessie bestaat uit:
 - warming up;
 - cardiovasculaire training / krachttraining;
 - cooling down / stretching.

Naast de fysieke training zijn er ook 24 uur **psycho-educatieve sessies** over diverse onderwerpen en problematiek. Zo is er een kennismakings- en afrondingssessie, wordt er gepraat over voeding, slaap, relaxatie, e.a.



Hierbij wil ik, niet zonder enige trots, toch vermelden dat, in tegenstelling tot de meeste andere deelnemende instellingen, alle sessies geleid worden door mensen van het AZ Nikolaas zelf.

Wie kan deelnemen?

Het onderzoek is beperkt tot vrouwen met borstkanker, post-therapeutisch (dus ná de behandeling met chemo- en/of radiotherapie). De therapie moet minimaal drie weken, maximaal een jaar gestopt zijn. Behandeling met immuun- of hormoontherapie mag wel.

Vrouwen die niet aan het oefenprogramma kunnen deelnemen, kunnen zich wel kandidaat stellen om opgenomen te worden in de controlegroep. Zowel de deelnemers als de personen uit de controlegroep worden voor de start en op het einde van de cyclus getest. Gelijktijdig wordt er ook gevraagd een reeks vragenlijsten in te vullen. Deze vragenlijsten worden een laatste (derde) maal voorgelegd drie maanden na het beëindigen van de oefencyclus.

Om deze omvangrijke organisatie tot een goed einde te brengen, is er intern een coördinator aangesteld. **Eva Dobbelaere, adjunct-diensthoofd kinesitherapie**, is deels vrijgesteld om het hele project te organiseren en op te volgen. Zij zal de komende jaren 'het gezicht' en het aanspreekpunt van de oncorevalidatie binnen het AZ Nikolaas zijn. Voor verdere informatie over het onderzoeksdesign, de praktische organisatie, een stand van zaken,... kunt u steeds bij haar terecht.

Zij zal ook frequent de verblijfsafdeling en het oncologisch dagziekenhuis bezoeken om uitleg te geven aan kandidaat deelnemers.

In het geheel van dit gebeuren mogen wij de belangrijke rol van de huisartsen zeker niet vergeten. Daar er voor elke cyclus tien (tot maximaal vijftien) deelnemers én controlepersonen nodig zijn, zijn wij ook aangewezen op 'externe' verwijzingen. Gezien de huisarts van meet af aan, op continue basis, een belangrijke rol speelt in de begeleiding van zijn patiënt, durven wij ook aan hen vragen om deel te nemen aan het onderzoeksproject dat

naar de toekomst toe belangrijk kan zijn voor alle mensen die te maken krijgen met kanker.

Wij zijn ons bewust dat het een vrij intensief programma is (drie verplaatsingen per week). Anderzijds is de looptijd van het onderzoek vrij beperkt (twaalf weken), wat maakt dat de extra inspanning die van de deelnemers gevraagd wordt slechts over een vrij korte periode loopt. Het programma is bovendien volledig 'gepersonaliseerd', d.w.z. dat iedereen werkt binnen zijn eigen grenzen en kunnen.

Belangrijk is, dat los van het wetenschappelijk onderzoek, alle patiënten, ook deze met andere diagnoses dan borstkanker (gastro-intestinale gezwellen, prostaatumoren, ...) welkom blijven op de oncorevalidatie.

Tot slot een woord van dank aan alle mensen die de oncorevalidatie tot hiertoe hebben gedragen (artsen, therapeuten, paramedici) en bij voorbaat dank aan alle mensen die de volgende jaren hun schouders onder het project zullen zetten. Ik hoop dat wij tot een mooi resultaat kunnen komen.

Guido Van der Elst
Paramedisch diensthoofd
Revalidatiecentrum
guido.vanderelst@aznikolaas.be

Voor meer informatie:
Secretariaat revalidatiecentrum:
03 760 22 44
Eva Dobbelaere:
03 760 75 20
Dr. Bart Eeckhaut:
03 760 22 44

Multidisciplinair samenwerkingsengagement transmurale medicatie-overdracht

Om de twee jaar reikt Baxter de 'Baxter Belgian Award - Clinical Pharmacy' uit om de ontwikkeling van klinische farmacie in België te ondersteunen. Ook dit jaar werd er een Franstalig en een Nederlandstalig project geselecteerd. Apotheek AZ Nikolaas diende een project in en eindigde met 'De uitbouw van een multidisciplinair samenwerkingsengagement in verband met transmurale medicatie-overdracht' bij de drie Vlaamse genomineerden.

Context en problematiek

Heel wat recente studies, nationaal en internationaal, tonen aan dat er veel medicatiefouten gebeuren bij opname en ontslag in het ziekenhuis. Men schat dat ongeveer één op vier patiënten hiermee wordt geconfronteerd.

Het probleem van de continuïteit van de medicamenteuze therapie stelt zich nog scherper bij geriatrische patiënten. Daarom zijn er in het kader van een FOD-project Klinische Farmacie: **'Rationalisatie van het geneesmiddelengebruik op geriatrie'** in het AZ Nikolaas twee klinische apothekers, Katrien Blauwhoff sinds 2008 en Charlotte Verstringe sinds 2010, aan het werk op de geriatrische afdelingen van het ziekenhuis.

Maar we willen meer... Daarom startte recent ook collega apr. Mark Dejongh, samen met de stagiairs ziekenhuisapotheker, op de afdeling Orthopedie (D2) met de geneesmiddelenopvolging van 75-plussers.

Dit FOD-project wordt mee gedragen en ondersteund door de geriaters dr. Jordi Miguel, dr. Erik Lambrecht en dr. Pieter Pas, alsook door de orthopedisten van AZ Nikolaas. Ook de verpleegkundigen van de betrokken afdelingen zijn "mee aan boord". De problematiek van transmurale medicatieoverdracht is hen allen welbekend en werd ook duidelijk omschreven in een master na master eindwerk van collega apr. Marleen Van Hove.

In 2010 werden de eerste stappen gezet om het proces van de medicatie-overdracht tussen het ziekenhuis en de thuissituatie van de patiënt te optimaliseren. Om dit project te doen slagen hebben we van in het begin samengewerkt met alle betrokken gezondheidswerkers, zowel in het ziekenhuis (intramuros) als thuis (extramuros). In oktober 2010 vond er onder impuls van het MFO Waasland (Medisch Farmaceutisch Overleg) een symposium plaats waar onze klinische apothekers een forum kregen om de transmurale problematiek scherp te stellen.

Om verder te kunnen gaan op de ingeslagen weg en het project verder uit te bouwen op alle afdelingen in het ziekenhuis en extramuros, samen met huisartsen en officina-apothekers, is er geld en tijd nodig: daarom onze gooi naar de Baxter Award.

Beoogde doelstellingen

Dit project heeft tot doel de medicatieoverdracht bij opname en ontslag van patiënten te optimaliseren om het aantal DRP's (Drug Related Problems) te reduceren:

1. vóór opname door het aanbieden van een optimale medicatiehistoriek vanuit de eerste lijn;
2. bij opname door een beter gestructureerde anamnese;
3. bij transfer binnen het ziekenhuis, door zorg voor een foutloze medicatieoverdracht;
4. bij ontslag door gestructureerde informatie aan de patiënt, mantelzorger, huisarts en thuisapotheker.

1. Aanbieden van een optimale medicatiehistoriek vanuit de eerste lijn door middel van een gestandaardiseerde thuismedicatielijst

Doel: de verschillende bronnen van thuismedicatie van de patiënt te verzamelen op één enkele thuismedicatielijst. Deze lijst wordt door de huisartsen en thuisapothekers onder hun patiënten verspreid, ingevuld en bewaard bij de patiënt thuis. Bij opname wordt deze thuismedicatielijst meegebracht. Om de patiënt te helpen deze lijst te vervolledigen, wordt expliciet gewezen op bepaalde geneesmiddelengroepen zoals slaappillen, voedingssupplementen, pleisters, enz. Bovendien wordt de patiënt ook verzocht om zijn thuismedicatie mee te brengen bij opname in het ziekenhuis.

2. Invoeren van een gestructureerde anamnese met behulp van een standaard anamneseformulier

Aan de hand van dit formulier wordt een gestructureerd gesprek gevoerd met de patiënt (of zijn mantelzorger) om zoveel mogelijk correcte en volledige informatie te verzamelen en de al eerder verkregen informatie met betrekking tot zijn medicatie (ingevulde thuismedicatielijst, meegebrachte medicatie ...) te verifiëren in een minimale tijdspanne. Het is dus een analyse van alle informatiebronnen.

3. Dit standaardformulier transfereert mee met de patiënt bij eventuele transfers binnen het ziekenhuis en ondersteunt de gegevensuitwisseling, wat betreft de thuismedicatie.

4. Optimalisatie van de ontslagprocedure met betrekking tot medicatie

Het moment van ontslag blijft een punt van farmaceutische aandacht, alleen al omdat medicatie vaak op het allerlaatste moment nog wordt aangepast. Na ontslag dienen naast de patiënt ook de huisarts en de thuisapothek goed geïnformeerd te worden om de continuïteit van de zorg in de eerste lijn te waarborgen. De ontslagmedicatielijst voor patiënt, huisarts en thuisapotheker is een opsomming van al de medicatie die de patiënt thuis na ontslag nog verder moet innemen. De thuis-



medicatie voor de eerste drie dagen na ontslag wordt meegegeven met de patiënt. De thuismedicatie die stop werd gezet in het ziekenhuis wordt in een aparte zak meegegeven met een klever 'gestopte medicatie, niet meer innemen'.

Waar mogelijk houdt de verpleegkundige een gestructureerd ontslaggesprek met patiënt/familie aan de hand van een gestandaardiseerde checklist met aandacht voor instructies bij nieuwe geneesmiddelen, reden van stoppen of wijzigen van initiële thuismedicatie.

Wat nu?

Onze studie werd dan wel genomineerd voor de Baxter Award, maar we waren niet bij de winnaars en kunnen bijgevolg geen gebruik maken van de geldprijs (€ 50.000 te verdelen over het geselecteerde Nederlandstalige en het Franstalige project) voor de verdere uitwerking van ons project. Toch willen we hiermee, samen met het MFO Waasland, met de middelen die we hebben doorgaan. Huisartsen én officina-apothekers zullen samen met AZ Nikolaas de handen in elkaar slaan om dit project toch te laten starten: zo belangrijk vinden we dit allen!

Daarom zullen we ons eerstdaags buigen over een sensibiliseringscampagne naar de patiënt toe, bij de huisarts en de officina-apotheker, en binnen het ziekenhuis om de medicatie-overdracht meer naadloos te laten verlopen. We denken aan een poster-campagne in de officina's en de wachtzalen van de huisartsen én specialisten. We zien mogelijkheden in een folder die een blanco thuismedicatielijst bevat, en die door de arts of apotheker kan toegelicht worden. We denken aan interne opleidingen om de anamnese bevraging te stroomlijnen,... In ieder geval: dit verhaal wordt vervolgd! Heel binnenkort!

Apr. Katrien Blauwhof
Apotheker

Apr. Annemie Meganck
Apotheker hoofd van dienst

Els Steeman
Zorgmanager



Inhuizing CCU - NCU: een complexe onderneming

Kort na de geboorte van AZ Nikolaas in 2007 zaten directie, artsen, hoofdverpleegkundigen, projectcoördinatoren, managers en middenkader reeds samen om na te denken over het concept van de afdeling Coronary Care Unit - Neuro Care Unit (CCU - NCU).

In een Coronary Care Unit (CCU) worden patiënten behandeld met (dreigend) hartinfarct of ernstig hartfalen, maar ook patiënten met ritmestoornissen die, zonodig, pacemakertherapie krijgen. Op een Neuro Care Unit (NCU) hospitaliseert men neurologische patiënten die extra observatie nodig hebben. Vaak zullen dit beroertepatiënten zijn.

Op 8 juni 2011 werd de afdeling in gebruik genomen en mochten we de eerste patiënten verwelkomen. We brengen graag het proces dat hieraan vooraf ging voor u in kaart.

Bouwplan

Beleidsmatig werd gekozen voor een acute hartzorgafdeling (CCU) in combinatie met een acute afdeling voor neurologische patiënten (NCU), samen, in totaal twaalf bedden.

De bouwbesprekingen overstegen al heel snel het louter architecturale. De toekomstige werkorganisatie bleek cruciaal te zijn in tal van bouwkundige beslissingen. De inbreng van verschillende actoren (architecten, eindgebruikers, experts ...) was nodig om tot het beste resultaat te komen.

Bezoeken aan andere ziekenhuizen werkten ook inspirerend, zowel wat betreft de bouwplannen als werkorganisatie. Heel dit traject was uitermate boeiend. Parallel verliep de inventarisatie van het materiaal met beslissingen rond te recuperen middelen en nodige nieuwe aankopen.

Medewerkers

Naast de middelen (gebouw, apparatuur, inrichting ...) zijn er natuurlijk ook de medewerkers, de belangrijkste factor. Artsen, verpleegkundigen, paramedici, verzorgenden, logistieke medewerkers, schoonmaakpersoneel, ... voor iedereen betekende de opstart van CCU - NCU een grote verandering: een nieuwe locatie, nieuwe collega's en een nieuwe manier van werken.

Het medisch team van de afdeling CCU - NCU bestaat uit negen cardiologen en vijf neurologen. Er werd ter voorbereiding van de ingebruikname maandelijks een overleg gepland tussen artsen, middenkader, hoofdverpleegkundigen en directie, dit om bijvoorbeeld doktersrondes en medische opvolging vast te leggen.

Het verpleegkundig personeel van de afdeling CCU-NCU bestaat voornamelijk uit verpleegkundigen die werkzaam waren op de

Hartafdeling (V2) van campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat. Daarnaast zijn er ook verpleegkundigen afkomstig van de afdelingen Neurologie site L. De Meesterstraat (V0) en site Moerlandstraat (I2) die ervaring hebben op de stroke-unit. Er zijn ondertussen ook al enkele nieuwe medewerkers aangenomen en eind 2011 komen er nog verpleegkundigen van de dienst PAZA van campus Temse over.

Gevaarlijke klippen

Tegelijkertijd met de opening van de CCU - NCU werden de afdelingen Neurologie en Cardiologie van de site L. De Meesterstraat overgebracht naar de site Moerlandstraat. Een nieuwe, belangrijke stap in de realisatie van het zorgstrategisch plan van AZ Nikolaas, waarbij alle acute zorg gecentraliseerd zal worden in campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat.

Cardiologische of neurologische patiënten worden sinds de integratie opgevangen op de afdeling Cardiologie (B1), Neurologie (I2), Neurologie - Cardiologie (A4) of CCU - NCU (G2) van campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat.

Begin februari 2010 werd er door de artsen (cardiologie en neurologie) een informatiesessie gehouden voor de medewerkers van deze betrokken diensten rond de opzet van de CCU - NCU. Tegelijkertijd werd er aan de verpleegkundigen van deze vier afdelingen gevraagd om door te geven op welke afdeling zij tewerkgesteld wilden worden.

Middenkader en hoofdverpleegkundigen legden de puzzel en stelden de nieuwe teams van deze vier afdelingen (CCU - NCU, Neurologie, Cardiologie en Neurologie - Cardiologie) officieel samen. In oktober 2010 werd er al gestart met het regelmatig houden van een werkoverleg.

De eerste opdracht, en een moeilijke klip om te omzeilen omdat dit ook grote gevolgen heeft voor het privéleven van de werknemer, is het opstellen van een nieuwe uurregeling (rebus). Dit is gebonden aan tal van wettelijke eisen en procedures, vaak nog verschillend voor statutaire medewerkers en contractuelen. Na een tweede poging werd de rebus goedgekeurd zowel door de groep, de ondernemingsraad (OR) en het bijzonder overleg comité (BOC).

Visietekst

Op basis van reeds bestaande beleidsbeslissingen en de missie van het AZ Nikolaas werd een ontwerp van visietekst opgesteld die doorgenomen is met de verpleegkundigen en ook door hen bekrachtigd is tijdens een werkoverleg.

Een visietekst is in deze nieuwe context zeer belangrijk, het

stelt ons in staat om alle betrokken medewerkers een duidelijk beeld te geven van de kernwaarden van onze afdeling, de uitdagingen die we willen aangaan en de doelen die we willen bereiken.

Zo zullen alle verpleegkundigen (die overwegend cardiologisch geschoold zijn) zowel cardiologische als neurologische patiënten verzorgen en wordt er van hen verwacht dat zij zich specialiseren op beide domeinen.

In de visietekst wordt elke medewerker ook gestimuleerd om actief mee te werken aan het bereiken van de gestelde doelen. Er werden een vijftal werkgroepen opgericht die maandelijks tijdens het werkoverleg terugkoppelden naar de grote groep. Deze manier van werken heeft als belangrijkste voordeel dat veel beslissingen dan ook gedragen worden door de voltallige groep.

De voornaamste thema's die in de werkgroepen aan bod kwamen zijn:

- **Briefing:** 36 patiënten worden gemonitord op de afdeling CCU-NCU, een efficiënte briefing is noodzakelijk.
- **Nieuw observatieblad**
- **Elektronisch verpleegkundig dossier**
- **Materiaalkeuze** voor de patiëntenkamers en de verzorgingswagens.
- **Vormingsnood:** er werd een vormingsplan opgesteld voor cardiologie en neurologie, niet alleen voor CCU - NCU, maar voor alle betrokken afdelingen cardiologie en neurologie. De artsen organiseerden reeds enkele bijscholingen. Daarnaast zijn er specifieke vaardigheden nodig op de CCU-NCU. Vorming rond reanimatie, lumbaal punctie, arteriële en centrale catheters, voorlopige pacing werden gegeven of worden gepland.

Verder was er nog de onthaalfolder van de afdeling en het GVO-materiaal dat nodig is. Hier is de start al genomen maar het werk is nog lang niet voltooid. Ook het multidisciplinaire wordt cruciaal geacht en zal structureel verder vorm krijgen.

Deze werkgroepen hun taak is beslist niet af na de inhuizing, nu de theorie in de praktijk gebracht is, zijn bijsturingen onvermijdelijk.



Volledig uitgeruste patiëntenkamer CCU - NCU: pendel (medische gassen, vacuüm en netaansluitingen), comfortabele zetel, elektrisch bediende hoog-laagbedden, monitor voor het opvolgen van vitale parameters (invasieve en niet-invasieve metingen), nieuwste volumetrische pompen en spuitpompen voor intraveneuze therapie met geïntegreerde medicatiebibliotheek.



Patiëntenkamer met veel lichtinval.



Centraal gelegen een open bereidingsruimte voor medicatie. De medicatie wordt bewaard in een Vanaskast; een systeem waarbij verpleegkundigen enkel met code en vingerafdruk de kast kunnen openen en alle uitnamen van medicatie of teruggaven automatisch geregistreerd worden.



Interventielokaal voor cardiale procedures zoals: het plaatsen van pacemakers, het uitvoeren van echografieën van het hart via de slokdarm en elektrische reconversie bij hartritmestoornissen.

Kort na de inhuizing

De overgang was zoals te verwachten turbulent. Heel veel nieuwe zaken, zoals telefonie, beloproepsysteem, telemetrie, spuitpompen, apotheekkast, informaticatoepassingen, ... dienden in de praktijk te worden gebracht. De verpleegkundigen leerden elkaar spontaan de vele nieuwe zaken aan en stilaan krijg je het gevoel, zonder overmoedig te worden, dat de werking rustiger wordt en de turbulentie gedurende de vlucht afneemt.

Tot slot

Een inhuizing is een hele onderneming waarbij tal van actoren betrokken zijn: de dienst Logistiek, Netwerken, Informatica, Schoonmaak, Ziekenhuishygiëne, Interne Preventie, Aankoop, ... Als hoofdverpleegkundige ben je vaak het aanspreekpunt voor al deze mensen. De samenwerking was zeer goed.

Hoofdverpleegkundigen die samen met hun team geconfronteerd worden met grote veranderingen krijgen intern een coach toegewezen die hen extra steun biedt en waar ze terecht kunnen met vragen. Er is ook een overlegorgaan opgericht (intervisie) waar hoofdverpleegkundigen terecht kunnen bij hun collega's en een externe begeleider om bepaalde cases te bespreken. Ik kreeg eveneens de kans om stage te lopen in UZ Gent en AZ Sint-Jan in Brugge. Toonaangevende afdelingen in de stroke zorg.

Een fusie, een inhuizing is steeds een grote verandering, je moet werken binnen nieuwe krijtlijnen, maar het biedt ook kansen om je zorgverlening kritisch te bekijken en veranderingen ten gunste van de patiënt en zijn familie door te voeren.

Dit in een zorgomgeving die steeds gespecialiseerder wordt en waar de verschillende actoren enorm goed moeten samenwerken om het beoogde resultaat te bereiken.

De verpleegkundigen aan bed zijn een zeer belangrijke schakel, hun observaties en eerste interventies zijn zeer belangrijk, ik hoop dat zij op deze nieuwe werkplek goed zullen kunnen samenwerken met al die andere zorgverstrekkers en dit om onze patiënt en zijn familie de beste begeleiding en zorg te geven .

28 mei 2011: Symposium: CCU - NCU

Nieuwe evoluties

op vlak van ritmestoornissen en hartfalen

Naar aanleiding van de opening van de dienst CCU - NCU (Coronary Care Unit - Neuro Care Unit) organiseerden de diensten Cardiologie en Neurologie op zaterdag 28 mei 2011 een mini-symposium.

Dr. Bert Adriaenssens, cardioloog, besprak de nieuwe evoluties op vlak van ritmestoornissen en hartfalen. Een aantal van deze evoluties zullen de komende jaren een opmerkelijke wijziging teweeg brengen in de klinische praktijk. We geven u graag een samenvatting van zijn voordracht.

Orale anticoagulatie

Eind 2010 werd de **RELYstudie** voorgesteld, een gerandomiseerde studie waarbij in een tijdspanne van twee jaar 18 113 patiënten werden geïncludeerd. De studie liep in 44 landen. Klassieke orale anticoagulatie met warfarine werd vergeleken met een nieuwe bloedverdunner: dabigatran, en dit in twee verschillende doseringsschema's. Dabigatran werkt op een andere manier in op het stollingssysteem. Het is een directe inhibitor van thrombine. Thrombine is de voorlaatste stap in de stollingscascade en beïnvloedt de omzetting van fibrinogeen naar fibrine.

Dit nieuwe preparaat werd ontwikkeld vanuit het besef dat, ondanks optimale zorg voor onze patiënten die orale anticoagulatie nemen, we slechts in 60% van de gevallen de INR op een correcte waarde tussen 2.0 en 3.0 kunnen houden. Dit wil zeggen dat in 40% van de tijd de INR ofwel te laag staat met kans op klontervorming, ofwel te hoog met kans op bloeding. Klassiek gaat het om patiënten met een bewezen voorkamerfibrillatie en met een verhoogd risico op thrombo-embolische fenomenen ten gevolge van de aanwezigheid van bepaalde risicofactoren: voorgeschiedenis van beroerte of perifeer embolus, lage ejection fraction, hartfalen, hoge leeftijd (75 jaar of meer) of een leeftijd boven 65 jaar met diabetes mellitus, coronair lijden of hypertensie.

Het belang van deze gerandomiseerde studie kan moeilijk overschat worden omdat de problematiek van voorkamerfibrillatie en bloedverdunding nu immers op grote schaal nagekeken werd. De resultaten zijn indrukwekkend.

Er werden drie patiëntengroepen bestudeerd: een eerste groep nam warfarine, een tweede dabigatran in een lage dosis en een derde dabigatran in een hoge dosis. Het nieuwe preparaat dabigatran is duidelijk veiliger wat betreft bloedingen. Majeure bloedingen kwamen bij de groep die een hoge dosis dabigatran nam ongeveer even frequent voor dan bij de groep die

warfarine nam, maar duidelijk minder frequent bij de patiënten die dabigatran in een lage dosis namen. Wanneer we kijken naar het voorkomen van intracraniale bloedingen bij de drie patiëntengroepen zien we een spectaculair lagere frequentie bij patiënten die dabigatran namen (zowel hoog als laag gedoseerd) in vergelijking met warfarine.

Wanneer we kijken naar de resultaten voor wat betreft het optreden van beroerten zien we dat dabigatran in een lage dosis dezelfde resultaten geeft als warfarine, maar dat dabigatran in een hoge dosis het risico op thrombotisch CVA of perifeer embolus met 34% vermindert.

De studie heeft dus niet alleen de veiligheid van dit nieuwe preparaat bevestigd door aan te tonen dat het risico op bloeding merkbaar minder groot is, maar heeft ook de mogelijkheid geboden om, afhankelijk van het klinisch profiel van de patiënt te variëren in dosering. Dabigatran wordt gecommercialiseerd onder de naam Pradaxa® en is reeds beschikbaar in de handel, maar wordt nog niet terugbetaald voor de indicatie voorkamerfibrillatie.

Vanuit onze cardiologische praktijk betreuren we het dat een aantal belangrijke geneesmiddelen voor hartpatiënten op dit moment nog steeds niet terugbetaald worden.

Cardiogenetica

Een ander aspect dat de komende jaren onze klinische praktijkvoering zeker zal wijzigen, is de ontwikkeling van de cardiogenetica. Er bestaan een aantal hartaandoeningen met elektrische storingen waarvan de genetische etiologie reeds grotendeels ontrafeld is zoals het lang QT-syndroom, de aritmogene rechter ventrikeldysplasie, het Brugada-syndroom en de catecholamine getriggerte polymorfe ventrikeltachycardie. Daarnaast bestaan er een aantal cardiomyopathieën met een gekende genetische afwijking: hypertrofische cardiomyopathie, de gedilateerde cardiomyopathie en de infiltratieve cardiomyopathie.

Wanneer op dit moment genetisch onderzoek moet uitgevoerd worden, moet dit gen per gen worden nagekeken. Dit is tijdrovend en duur. Op het vlak van genetica zijn er nu technologische evoluties aan de gang, die het binnenkort mogelijk zullen maken om het hele menselijke genoom voor een aanvaardbare prijs te scannen. Als tussenstap zal het mogelijk worden om een hele reeks van genen, betrokken bij cardiale aandoeningen, met één onderzoek na te kijken. Recent werden hiervoor een zestigtal genen gebundeld.



Hartfalenverpleegkundige Lies Vergauwen volgt de patiënten zowel tijdens de hospitalisatie als tijdens ambulante consultaties mee op.

Deze evolutie zal zeker leiden tot een betere classificatie van bepaalde aandoeningen, meer zekerheidsdiagnoses en zal in bepaalde gevallen ook het risico op bijvoorbeeld het ontwikkelen van maligne aritmieën voorspelbaarder maken. Anderzijds zullen er ook ongetwijfeld nieuwe problemen de kop opsteken omdat een ziektebeeld vaak veroorzaakt wordt door een combinatie van bepaalde genen. Het wordt dus een erg complexe materie met belangrijke ethische consequenties. Er zal zeker rekening moeten gehouden worden met het recht van de patiënt om bepaalde informatie niet te willen weten.

Kortom, het is een boeiend domein waar we de komende jaren zeker mee te maken zullen krijgen.

Telecardiologie

Telecardiologie is een systeem waarbij mensen met een pacemaker of een inwendige defibrillator via een aangepast telefoontoestel of gsm-systeem informatie uit de pacemaker via de telefoon en het internet kunnen doorsturen naar een beveiligde website, die toegankelijk is voor de cardioloog.

De informatie uit het toestel bestaat uit een aantal **technische gegevens** zoals batterijreserve, correcte werking van de leads en een aantal **klinische gegevens**, zoals het voorkomen van ritmestoornissen of het afleveren van een shock door het toestel.

Deze informatie kan ingedeeld worden in routinegegevens en gele of rode alarmsignalen, waar in geval van een rood alarm het dringend ingrijpen van de cardioloog noodzakelijk is. Het is ook mogelijk om rode alarmsignalen door te sturen via een gsm.

Deze ontwikkeling maakt het mogelijk om een aantal routinecontroles vanop afstand door te voeren, waardoor patiënten minder vaak op raadpleging moeten komen. Het laat ons eveneens toe om bepaalde problemen (dreigende shocks, vocht opstapeling of achteruitgang van de hartfunctie) vroegtijdig op te sporen.

Op dit moment bevinden we ons nog in een proeffase. In grotere klinische studies wordt nagekeken of deze strategie ook een gunstig effect heeft op overleving van patiënten, wat tot op heden nog niet bewezen is. Wij volgen deze evolutie van nabij en kunnen onze patiënten deze service binnen AZ Nikolaas nu reeds aanbieden.

Hartfalenkliniek in AZ Nikolaas

De oprichting van de consultatie hartfalen is ontstaan vanuit de nood om kritieke patiënten die een hartdecompensatie hebben doormaakt in de weken na hun ontslag uit het ziekenhuis van dichtbij te kunnen blijven opvolgen. Enerzijds is de vullingstoestand cruciaal en moet zowel overvulling als ondervulling vermeden worden en anderzijds moet ook de nierfunctie en het ionogram nauwkeurig opgevolgd worden. Vaak hebben deze patiënten een groot aantal vragen en dienen bepaalde aanpassingen in de levensstijl herhaaldelijk besproken te worden.

Een hartfalenraadpleging kan ook meer complexe problemen op een gestructureerde wijze aanpakken. Een voorbeeld hiervan zijn patiënten met een resynchronisatie pacemaker of inwendige defibrillator. Dit type toestel kan, naast het garanderen van een bepaald ritme zoals bij een klassieke pacemaker, ook een verbetering geven van de systolische functie van het hart. Het gaat hier om mensen met een verzwakte hartspier en een linker bundeltakblok. Hierdoor krijgen zij een asynchroon samentrekken van het linker ventrikel, waarbij de elektrische activatie moet komen van de rechter bundel, welke eerst het septum bereikt en pas enkele tientallen milliseconden later de laterale wand. Als gevolg daarvan trekt het septum vroeger samen dan de laterale wand en is er verlies van mechanische efficiëntie.

Gezonde mensen, die een linker bundeltakblok ontwikkelen, voelen dit duidelijk aan en verliezen een deel van het vermogen voor topprestatie. Voor mensen met een reeds verzwakte hartspier kan het ontwikkelen van een linker bundeltakblok het verschil maken tussen ernstig hartfalen of een gedecompen-seerde toestand. Daarom wordt er bij bepaalde patiënten een resynchronisatie behandeling uitgevoerd, waarbij we het linker ventrikel via twee punten elektrisch gaan stimuleren zowel ter hoogte van het septum als ter hoogte van de laterale wand. Deze laatste stimulatie kan gerealiseerd worden door het plaatsen van een catheter in de sinus coronarius en zo naar een zijtak ter hoogte van de laterale wand van het linker ventrikel.

De precieze indicatiestelling voor een dergelijke therapie en de opvolging door middel van echo-cardiografie en programmatie is vaak teamwork en kan gerealiseerd worden dankzij het bestaan van de hartfalenkliniek. Dit project kan alleen maar sla-gen wanneer er continuïteit in de zorg wordt voorzien. Daarom wordt een speciale hartfalenverpleegkundige (Lies Vergauwen) opgeleid, die patiënten tijdens de hospitalisatie mee volgt en die ook aanwezig is bij de ambulante consultaties. Zij staat in voor de opvolging van pacemaker, inwendige defibrillator en echografie en is indien nodig, bereikbaar (0485 95 18 05) voor dringende afspraken.

Tot slot willen we nog even in de nabije toekomst kijken en hopen we dat binnen ons ziekenhuis binnen afzienbare tijd ook cardiale revalidatie voor deze hartpatiënten ter beschikking zal komen. Vanuit de dienst Cardiologie engageren wij ons om dit project zo snel mogelijk te realiseren.

Dr. Bert Adriaenssens
Cardiologie
bert.adriaenssens@aznikolaas.be

De dienst fysische geneeskunde en revalidatie van AZ Nikolaas heeft het genoegen u op **22 oktober 2011** uit te nodigen op haar congres:

Revalidatie na CVA – State of the art

Programma :

- 08:30: Onthaal en registratie
- 08:55: Verwelkoming
- 09:00: Actuele therapie na CVA : trombolysie en secundaire preventie - Dr. Bart Stau
- 09:20: Neurochirurgische indicatie voor intracerebrale bloeding – Dr. Erik Van de Kelft
- 09:40: Functionele prognose na CVA – Dr. An Hofman
- 10:00: Behandeling van spasticiteit na CVA – Dr. Bart Eeckhaut
- 10:20: Waarom gebruikt hij zijn agenda niet? Zin en onzin van strategietraining ter compensatie van cognitieve problemen
Mevr. Bie Op de Beeck
- 10:50: Vragenronde
- 11:00: Pauze en bezoek standen
- 11:15: De invloed van revalidatie op neuroplasticiteit na CVA – Dr. Kristine Oostra
- 11:45: Medische rijgeschiktheid na CVA – Dr. Mark Tant
- 12:15: Voorstelling van de dienst fysische geneeskunde en revalidatie – Dr. Annick Debuysscher
- 12:30: Vragenronde
- 13:00: Receptie aangeboden door de sponsors

Locatie:

Hotel Serwir, Koningin Astridlaan 57, 9100 St-Niklaas

Accreditering wordt aangevraagd.

Onze smaakpapillen verschrallen door junkfood. Het analytisch vermogen van ons netvlies taant onder een overdosis junkmail. Onze oren zijn reeds langer een vuilbak voor decibels. Generaties met tinnitus zullen er van getuigen. Bleef onze reukzin, in de heksenketel van het bestaan, gespaard? Neem de proef. Sluit uw ogen en volg uw neus door het labirint van ziekenhuisafdelingen. Aan de ingang treffen we de walm van de laatste sigaret, half opgebrand. Misschien de allerlaatste. In de aanloop naar het beddenhuis passeren we de cafetaria. Tevergeefs speuren we naar gember of kerrie. Platgewalst in te vaak opgewarmde kost. Voor exotische specerijen moet je op patiëntenkamers zijn. De tijd is voorbij dat het subtiele, wat exclusieve, parfum van Belgische pralines de dienst uitmaakte tijdens bezoeken. Nu worden zieke familieleden ook vergast op smaken van tandoori en harissa. Hun helende kracht is er niet minder om. De multiculturele gezondheidszorg is alomtegenwoordig.



Intussen bereiken we de Spoedafdeling. Bij uitstek de afdeling van vlees en bloed. Hier is de cuisson meestal rauw, een enkele keer aangebrand. We stijgen op voor een kort intermezzo in het operatiekwartier. Koele airco-wind waait ons tegemoet. Het voelt als een wandeling op de zeedijk, maar zonder het zilte. In het aanpalende dokterslokaal hangt de geur van percolatorkoffie. De graad van drinkbaarheid is omgekeerd evenredig met de grootte van de campus. In de recovery kan je ervan bekomen. Een vluchtige passage door het dagziekenhuis, waar 's avonds de stilte van het niemandsland over daalt. In afwachting van nieuwe schermutselingen de volgende ochtend. We vervolgen onze tocht over de brug. Stof van nooit gestilde bouwwoede nestelt zich als sneeuwpoeder in de trilharen van onze luchtwegen. Gelukkig hoeven we niet meer bevreesd te zijn dat het verraderlijke asbest zich hieronder mengt. Snelle meisjes en jongens van transport racen hier, nek aan nek, met bedden naar een gecodeerde bestemming. In het passeren een zweem van verschroeid rubber. Of is het mijn verbeelding? Wat verder overvalt de indringende geur van te lang gedragen pampers. Vergis je niet. Dit is niet de Pediatrie, maar de Geriatrie. Met de inzet van velen voert men hier een gevecht tegen de tijd. Gedempte stemmen rond gemummificeerde handen. Het voorgeborchte is niet veraf. Gans anders gaat het er aan toe op de Kinderafdeling, waar pampers gewisseld worden aan een tempo dat alle milieunormen tart. De feromonen van het moederdier, dat niet wijkt van het zieke kind, hebben een sterk placebo-effect, maar worden door de buitenstaander niet waargenomen. Die vangt etherische oliën op van cacao en kamille en waant zich in een schoonheidssalon. Maar, wie hier verblijft, is, minstens voor één dag, moeders mooiste. Op Heelkunde hangt een mix van detergenten en desinfectantia, in een achterhoedegevecht tegen MRSA en andere kwaadwillige indringers. Op de aanpalende Orthopedie brengen kinesisten met krachtige bewegingen liters kamfer aan op onbestaande spieren. Start to run vraagt tijd en geduld. En er is zweet in alle variaties en concentraties. Het luie zweet op de Revalidatieafdeling, dat, na een oefensessie, snel opdroogt terwijl men wacht op de lift naar de uitgang. Het angstzweet op Oncologie, dat maar afneemt na het aanhoren van het verlossende verdict. Het authentieke zweet van verpleegkundigen in een perpetuum mobile van drukke shiften. Als je meent zoete viooltjes te ruiken, ben je aanbeland in Pseudomonas gebied. Scirocco-gerochel in de verte verradt dat we ons bevinden in het hart van de interne afdeling. Op andere dagen waait hier een warme passaat van Clostridium sporen. Wie hier werkt moet wel resistent zijn. Eén lager, op de Hartafdeling, bots je nog wel eens op restanten van de laatste sigaret. Bij het betreden van een patiëntenkamer wordt een raam soms ijlings gesloten. Maar wat vitrages lijken is in werkelijkheid een rookgordijn. In een niet ver verleden hingen op de Hartafdeling soms erg kwalijke geuren. Toen onze diagnosemiddelen nog beperkt waren, gebruikte men soms amylnitriet, dat men de patiënt liet inademen om afwijkingen (auscultatoir of via echo) uit te lokken. Maar amylnitriet geeft een onbeschrijflijke stank af. De laatste ampul, die in de medicatiestock van de Coronaire afdeling bewaard werd, brak spontaan op een illustere nacht enkele jaren geleden. De nachtverpleegkundige werd door benauwende dampen overweldigd en mobiliseerde de brandweer. Toen ook ik uit mijn bed werd getrommeld, struinden gehelme brandweermannen door de dienst. Voor er tot evacuatie werd overgegaan kon de boosaardige ampul in de medicatiekast worden opgespoord en onschadelijk gemaakt. Maar met amylnitriet in de neusvleugels hebben de patiënten die nacht weinig geslapen. Veel aangenamer is het op 2 februari met Lichtmis. Alles moet dan wijken voor de baklucht van pannenkoeken, die als een mistgordijn over de professionele grenzen van de campi ligt. Door het smogalarm zijn verplaatsingen trager. Besparingen hebben helaas aan deze gebakken lucht een einde gemaakt. De rondleiding loopt ten einde en we naderen de uitgang. Bij het passeren van het labo horen we het zoemen van grote aluminium arthropoda, die nagenieten wanneer nog net niet geronnen bloed wordt weggepipetteerd naar hun ingewanden. Iets verder staat een identificatieteam gebogen over een morzel stoelgang. Als in een whodunit wordt de kloppacht efficiënt georganiseerd. Geruisloos schuiven de buitendeuren open. De mond van de parking braakt wasems van roet. De laatste ziekenhuisluchtjes lossen op in de zomerbries.