

Infusie

- 04** Tijd voor een griepvaccin
- 08** Infusie sprak met: Kimber Van Cotthem, ombudsvrouw
- 18** Patiëntveiligheid
- 20** Oorlogschirurgie

15

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas



Jaargang 4 - nr. 15
september - oktober - november 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:

Herman Andries
Francine De Leenheer
Saskia Feyaerts
Dr. Luc Noppen
Dr. Francis Ruys
Dr. Yvan Valcke
Dr. David Van der Planken
Kenny Vonck

VORMGEVING:

Dienst communicatie AZ Nikolaas

ILLUSTRATIES:

Herman Andries
Alex Deyaert
Dr. Luc Noppen
Dr. Francis Ruys
Dr. David Van der Planken

Edito	3
Tijd voor een griepvaccin	4
Neurochirurgie: Wake-up tijdens een hersenigreep	6
Infusie sprak met: Kimber Van Cotthem	8
Pensioen dr. Robert Klaes	13
Bangabola	14
Nieuwe artsen	17
Patiëntveiligheid	18
Oorlogschirurgie	20
Opstart nieuw bewegwijzeringssysteem	23
Cardiologie: een succesverhaal?	24

Agenda

<i>13 oktober</i>	Videoconferentie: Turn the page
<i>22 oktober</i>	Symposium: Revalidatie na CVA: State of the art
<i>28 oktober</i>	Opening Radiotherapie
<i>10 november</i>	Videoconferentie: Importpathologie
<i>19 november</i>	Symposium diabetescentrum: Schildklier anno 2011
<i>8 december</i>	Videoconferentie: Nieuwe diagnostische technieken

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



Het zomert eindelijk, of toch heel even, in de kleuren van AZ Nikolaas schijnt de volle zon. De vakantieperiode is voorbij. De activiteiten werden wat teruggeschroefd, ook in ons ziekenhuis. De bouwwerken lagen even stil. De patiëntenbewegingen en transporten waren iets minder talrijk. De parkings iets meer beschikbaar. Zuurstof voor een drukke herfst. We maken ons op voor een nieuwe start.

En ja, stilaan slibben die agenda's weer dicht. De nervositeit zwelt aan, de drukte woedt.

“Kan er nog een afspraak tussen? Ja, om half acht 's morgens.

Ze bellen van campus Beveren dokter, of u nog eens langs kunt komen, vandaag nog liefst.

Eenheid 4 heeft dringend bloed nodig.

Ik heb de huisarts aan de lijn voor patiënt x, kunt u dringend iets kwijt over de vermoedelijke diagnose?

Vraag vlug nog een foto van de longen en stuur het sputum naar het labo.

Kan die coupe nog bekeken worden, de chirurg wacht?

Mag ik een schaar?

Mevrouw, rustig blijven nu, ik zit bijna aan het uiteinde van uw maag, rustig ademen en laat maar uw speeksel vloeien”.

De hectiek van elke dag. De wedloop van de tijd.

De plicht steeds opnieuw hoge verwachtingen snel en accuraat in te lossen. Weer

beter doen dan de standaard. Weer maar eens uitblinken.

De routine, gedreven met bijzondere zorg afwerken. Het onverwachte juist te herkennen en vakkundig te behandelen. Dit is de taak van de artsen, van de verpleegkundigen, de apothekers en alle zorgverstrekkers.

Wat juist is doen en het juiste goed doen.

Zo draait een ziekenhuis, ook ons ziekenhuis.

Meestal op een goede kruissnelheid, soms even als een bolide, soms nog wat sputterend, zoekend in de nieuwe samenwerkingsvormen. Met menselijk kapitaal als gouden brandstof.

Ook nu weer komen diverse jonge beloftevolle degelijke artsen onze rangen versterken. Zij bouwen vanaf nu mee aan onze mooie toekomst. Hopelijk stromen nu ook nog beloftevolle verpleegkundigen in grote getale ons ziekenhuis binnen. De care en cure verzekeren.

Ons ziekenhuis wil verder werk maken van de interne integratie en het vormen van zeer performante diensten en kwalitatief hoogstaande teams.

We willen investeren in kwaliteit in al zijn facetten, een koesterende hartelijke benadering van onze patiënten, in hoogtechnologie op de campus en in transmuraliteit van de zorg in al zijn vormen.

De opening van onze dienst Radiotherapie eind oktober is hierin al een orgelpunt.

Maar laten we verder denken, we kunnen nog beter elke dag opnieuw. Het beste mag niet goed genoeg zijn.

“Le mieux est l'ennemi du bien” (Voltaire).

Prof. dr. Philippe Duyck
medisch directeur

Tijd voor een griepvaccin

Alhoewel de klimatologische omstandigheden van de voorbije zomer ons niet lieten vermoeden dat de winter al achter de rug was, moeten we ondertussen al terug leven met de realiteit van een nakende winter. Naast idyllische tafereelen heeft de winter de bijklank van seizoensgebonden, vervelende infecties. Eén van de meest bekende en gevreesde infecties tijdens de winter is griep of influenza. Griep is een besmettelijke luchtweginfectie die veroorzaakt wordt door griep- of influenzavirussen. De ziekte-toestand die ermee gepaard gaat, kan vrij mild zijn, maar kan ook ernstige vormen aannemen en soms lethaal zijn: voornamelijk kwetsbare patiënten met een verminderde afweer (bejaarden, chronische long- en hartpatiënten, diabetici, immunosuppressieve medicatie, enz.) vertonen een hoger risico op griepcomplicaties.

Griep wordt verspreid als een droplet infectie: wanneer personen met griep hoesten, niezen of spreken, komen de besmette droplets terecht in de luchtwegen van mensen in de onmiddellijke omgeving. Iemand is besmettelijk meestal één dag voor het ontstaan van de symptomen tot een week na het ontstaan van de symptomen.

De belangrijkste symptomen van griep zijn; algemene malaise, koorts, hoest, verstopte neus, keelpijn en verder ook systemische klachten als spierpijn, hoofdpijn en algemene moeheid. Het is belangrijk te weten dat deze symptomen specifiek zijn: ook andere respiratoire virussen kunnen dezelfde symptomen veroorzaken, zij het meestal met minder uitgesproken systeemklachten. In deze context spreekt men vaak van een griepaal syndroom, veroorzaakt door een ander respiratoir virus dan het echte griepvirus.

Zoals we weten uit een recent verleden (Mexicaanse griep, vogelgriep, varkensgriep,...) zijn griepvirussen veelzijdige virussen die af en toe 'van jasje veranderen' en daardoor aanleiding kunnen geven tot endemieën en epidemieën. Er zijn twee hoofdtypen van influenza: type A en type B. De A- en B-griepvirussen die tussen mensen circuleren zijn verantwoordelijk voor de jaarlijkse seizoensgriep. Type A virussen kunnen verder onderverdeeld worden in verschillende subtypes, afhankelijk van de genen die de oppervlakte proteïnes bepalen. In de loop van een griepseizoen zijn er dan ook verschillende types (A en B) en subtypes (influenza A) die circuleren en ziekte kunnen veroorzaken.

Het veranderen van jasje door de griepvirussen kan op twee manieren gebeuren:

- Door een **antigene drift**: kleine veranderingen in de uitwendige structuur wat ervoor zorgt dat men meer dan één keer griep kan krijgen.
- Door een **antigene shift**: dit is een veel grotere verandering in het influenza A virus, zodat als het ware een nieuw virus subtype ontstaat, dat niet herkend wordt door het immuunsysteem van de meeste mensen. Een dergelijke verandering resulteert in een pandemie (bv. de H1N1- virus in 2009). Gelukkig doet een antigene shift zich minder frequent voor dan een antigene drift.

Die continue antigene veranderingen bij griepvirussen liggen aan de basis van de noodzaak van een jaarlijkse vaccinatie, waarbij de samenstelling van het griepvaccin jaarlijks aangepast wordt. Door nauwkeurige epidemiologische surveillantie, kunnen de meest frequente influenza types opgespoord worden, en deze maken dan deel uit van het vaccin voor het komend griepseizoen.

De preventie tegen griep en zijn complicaties is enkel mogelijk door middel van vaccinatie.





We weten dat elke winter ongeveer 10% van de populatie met het influenza virus besmet wordt en dat dit gepaard gaat met een toch niet te onderschatten mortaliteit.

Een vaccin wordt aanbevolen aan iedereen die extra risico loopt om ernstig ziek te worden of om andere mensen te besmetten:

- zwangere vrouwen die in het tweede of derde trimester van hun zwangerschap zijn op het ogenblik van het griepseizoen;
- iedereen vanaf de leeftijd van zes maanden met:
 - een hartziekte;
 - een longziekte, ernstige astma of COPD;
 - een lever- of nierziekte;
 - diabetes mellitus;
 - chronische spierziekten;
 - immuungecompromitteerde patiënten door ziekte of behandeling;
- iedereen ouder dan 65 jaar;
- iedereen die in een woonzorgcentrum of ziekenhuis is opgenomen;
- alle mensen die onder hetzelfde dak wonen als de hogergenoemde risicopersonen of zorgen voor kinderen jonger dan zes maanden;
- alle personen werkzaam in de gezondheidssector.

Het griepvaccin heeft weinig bijwerkingen: wat pijn, roodheid en een kleine zwelling op de plaats van de injectie (bovenarm) kan voorkomen, maar gaat binnen 1 à 2 dagen vanzelf over. Zeldzaam zijn er klachten als hoofdpijn en koorts. Allergische reacties komen ook zeer zelden voor. Mensen die allergisch zijn voor kippeneiwit mogen zich niet laten inenten.

Algemeen genomen biedt een griepvaccin gedurende zes à twaalf maanden bescherming. Vanaf de tweede of derde week na de inspuiting van het vaccin is men beschermd. Vaccinatie gebeurt best in de maanden oktober en november. Meestal komt het nieuwe griepvaccin op de markt in september. Uiteraard dient men te weten dat het griepvaccin enkel beschermt tegen de 'echte griep' en dat u uiteraard tijdens het griepseizoen ziekten kunt oplopen die op griep gelijken (verkoudheid, virale bronchitis, enz.)

Dr. Yvan Valcke
Longziekten en allergieën
yvan.valcke@aznikolaas.be

GRIEPPVACCINATIE IN AZ NIKOLAAS

AZ Nikolaas organiseert jaarlijks een griepvaccinatiecampagne voor medewerkers en artsen.

Primaire doelgroepen zijn uiteraard de mensen met direct patiëntencontact, zoals artsen, verpleegkundigen, vrijwilligers, enz., maar ook administratieve medewerkers kunnen gratis gevaccineerd worden. Ca. 800 mensen maken hier jaarlijks gebruik van.

Neurochirurgie: wake-up tijdens herseningreep

Nieuw tijdperk en nieuwe technieken in oncologische

Eerste wake-up neurochirurgische procedure in ons ziekenhuis succesvol uitgevoerd

Tumoren in belangrijke hersengebieden verwijderen is steeds een delicate evenwichtsoefening tussen maximale resectie bekomen en integriteit van neurologische functies behouden. De laatste jaren is er echter een grote evolutie in de techniciteit en operatieve mogelijkheden bij hun behandeling. We vermelden in dat opzicht onder meer de opgang van de neuronavigatie, beeldvormingstechnieken en intra-operatieve neuromonitoring.

De beste vorm van monitoring is de patient zelf!

Vandaar het idee om de patiënt te wekken tijdens een ingreep om zo een goed beeld te krijgen van de belangrijke hersenzones bij een bepaald individu. Dit is 'wake-up neurochirurgie' of 'wakkere neurochirurgie'. De techniek bestaat reeds geruime tijd maar wordt slechts in sommige centra uitgevoerd.

Navigatietechnologie maakt het mogelijk om hersentumoren veiliger en vollediger te verwijderen en om de insnede te minimaliseren. De operatie verloopt uiteraard nog steeds manueel door de neurochirurg, maar de computer toont de weg zodat we op elk moment van de ingreep precies weten waar we ons bevinden in de hersenen en hoeveel tumorweefsel reeds werd verwijderd. Ook functionele beeldvorming zoals functionele MRI heeft zijn waarde omdat het de nabijheid van belangrijke banen en hersenzones toont.

Monitoring technieken geven een idee over de functionaliteit van het zenuwweefsel. We vermelden in de eerste plaats de electrofysiologische monitoring van zenuwstructuren die de functie van bepaalde hersengebieden of banen tijdens de operatie kan checken. Zo is er directe zenuwstimulatie, die bijvoorbeeld van nut kan zijn tijdens brughoekoperaties, waar verschillende craniële zenuwen (hoofdzenuw 5 tot en met 11) samenkomen. Dit om de ene van de andere zenuw te onderscheiden en om de functie te controleren. Andere indicaties voor monitoring technieken zijn intramedullaire chirurgie, scoliose chirurgie en plexus chirurgie.

Echter de ultieme vorm van monitoring is uiteraard de input van de patiënt zelf! De patiënt zelf coöperatief maken door hem wakker te maken tijdens een ingreep zou de ultieme test kunnen zijn voor de post-operatieve outcome. Dit brengt ons bij de 'wake-up' of 'awake' chirurgie. Het blijft echter een angst-aanjagend idee om wakker te zijn tijdens een hersenoperatie.



Wat is wake-up chirurgie ?

Dit wil zeggen dat de patiënt tijdens de ingreep wordt wakker gemaakt en in sommige gevallen zelfs wordt geëntubeerd. Tijdens de wake-up fase wordt de patiënt bijgestaan door een logopediste die de patiënt bepaalde vragen zal stellen of voorwerpen laat herkennen. Meestal is het zo dat de patiënt wordt gewekt na het verwijderen van het schedelluik en het openen van het hersenvlies (dura mater). Het hersenweefsel zelf is immers niet pijngevoelig zodat dit al geen bezwaar is.

Bij welke patiënten?

Voornamelijk voor die patiënten met een tumor in de nabijheid van hoog-functionele hersengebieden zoals de motorische zones en de spraakregio (gebied van Broca en Wernicke). In deze regio's blijft het nog steeds een neurochirurgische uitdaging om ze veilig te kunnen verwijderen. Om het risico op

neurochirurgie

neurologische sekwellen na dergelijke ingrepen te minimaliseren, kan een wake-up procedure nuttig zijn. Vaak gaat het hier om laaggradige gliomen; kwaadaardige maar relatief traaggroeiende letsels.

Hoe?

Tijdens de wakkere fase zal de neurochirurg via directe corticale stimulatie (DCS) impulsen geven

aan het hersenweefsel met een bipolaire probe waardoor kleine lokale kortsluitingen worden gecreëerd in zenuwgebieden. Zo worden deze zones kortstondig uitgeschakeld en kan men zien of ze een functioneel belang hebben.

Door verschillende gebieden rondom de tumor op die manier te stimuleren kan men een idee krijgen van hun functie en belangrijke van minder belangrijke gebieden onderscheiden.

Op die manier gebeurt een 'mapping' van de hersenschors en kan men zich van een veilige toegang naar het letsel of tumor verzekeren. Eens de veiligere route werd bepaald wordt de patiënt terug onder narcose gebracht en wordt de tumor verwijderd.

Anesthesie

Wakkere neurochirurgie is niet alleen een neurochirurgische uitdaging maar ook een anesthesiologisch hoogstandje! De patiënt wordt immers gewekt maar mag desalniettemin niet te woelig of onrustig worden tijdens de operatie. De anesthesist dient dus het evenwicht te zoeken bij de patiënt tussen voldoende wakker en coöperatief om adequaat te kunnen meewerken, maar eveneens voldoende rustig om de ingreep verder veilig te kunnen doen verlopen. Het is de bedoeling dat de patiënt voorwerpen herkent of zelfs kan benoemen tijdens de interventie zodat we een perfect idee krijgen van de 'te mijden' hersengebieden.

Teamwork

Uiteraard is een wake-up procedure teamwork. Niet enkel de chirurg en de anesthesist spelen een belangrijke rol. De patiënt zelf wordt op voorhand ook intensief psychologisch voorbereid op deze procedure zodat hij/zij precies weet wat hem te wachten staat. Verder is er de logopedist en de monitoring assistent die de corticale stimulatie parameters interpreteert.

Het is de bedoeling om deze moderne technieken in de toekomst meer te gaan gebruiken in ons ziekenhuis om zo de beste en meest up-to-date neurochirurgische zorg voor oncologische patiënten te kunnen bieden.



Dr. David Van der Planken
Neurochirurgie
david.vanderplanken@aznikolaas.be

Infusie sprak met...

Kimber Van Cotthem Ombudsvrouw AZ Nikolaas

De organisatie van een ziekenhuis is een complex gebeuren waar heel wat medewerkers bij betrokken zijn. Een centrale positie wordt ingenomen door de patiënt die omwille van zijn ziekte bijzonder kwetsbaar is. Zowel patiënt als familie hebben nood aan uitleg en verklaringen over de opname en het verloop van de ziekte. Met een vraag of een klacht kunnen zij steeds terecht bij de ombudsfunctie. Infusie sprak met Kimber Van Cotthem, ombudsvrouw in AZ Nikolaas.

Wanneer werd de ombudsfunctie opgericht in AZ Nikolaas?

De ombudsfunctie is een wettelijke verplichting sinds de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Sinds dan moet elk ziekenhuis op basis van artikel 11 van deze wet in een ombudsfunctie voorzien waar de patiënt een klacht kan neerleggen. Ikzelf ben als ombudspersoon in AZ Nikolaas aangesteld sinds 1 augustus 2009. In de periode 2008 - 2009 heb ik hier evenwel mijn stage gedaan zodat ik reeds langer met de organisatie vertrouwd ben.

Wat is je opdracht?

Die is wettelijk bepaald en kan in algemene termen omschreven worden als het ondersteunen van de rechtspositie van de individuele patiënt. Meer in het bijzonder betreft deze ondersteuning het bemiddelen bij een klacht van een patiënt ten aanzien van een zorgverstreker.

De taken kunnen omschreven worden als het aanhoren en uitleggen van een klacht, informeren, overleggen en bemiddelen. Dit alles gebeurt in samenspraak met en met instemming van de patiënt. Ik probeer de communicatie tussen de patiënt en de zorgverstreker te verbeteren en de verstoorde relatie te herstellen. Indien mogelijk, probeer ik tot een oplossing te komen die voor alle partijen aanvaardbaar is. Als de patiënt niet tevreden is met de voorgestelde oplossing kan ik eventueel doorverwijzen naar externe instanties. Van elke klacht wordt er een individueel dossier opgesteld. Elk jaar rapporteer ik in een jaarverslag naar de directie van het ziekenhuis en naar de federale overheid over alle binnengekomen klachten.

Welke opleiding heb je gevolgd?

Van opleiding ben ik sociaal-agogisch werker, maatschappelijk assistent in de volksmond, met als optie maatschappelijke advisering. Wij hadden o.a. het opleidingsonderdeel 'ombudswerk en bemiddelen' wat een beperkt theoretisch kader bood. Daarnaast heb ik zes maanden stage gelopen in AZ Nikolaas wat als voordeel had dat je de mensen en de werkwijze leert kennen. Vóór deze opleiding had ik gezondheids- en welzijns-wetenschappen gestudeerd zodat ik reeds vertrouwd was met een deel van de medische terminologie. Je leert ook voort-

durend bij. De situaties en de mensen waar je mee te maken krijgt zijn erg verschillend. De ene zorgverlener is ook communicatiever dan de andere. Ik probeer mij voortdurend bij te scholen, onder andere door symposia rond wetgeving (bv. no fault wet) bij te wonen. In 2009-2010 heb ik de basisopleiding bemiddelaar gevolgd en in 2010 een bijkomende specialisatie familiale bemiddelaar en bemiddelaar in burgerlijke en handelszaken.

Over welke kwaliteiten moet een goede ombudspersoon beschikken? Hoe stel je je op?

De ombudspersoon zal eerst in alle vertrouwelijkheid luisteren naar de klacht of het probleem. Daarna wordt er met de verschillende partijen gezocht naar een oplossing of een antwoord op de vraag. Men moet kunnen relativeren en kritisch denken, discreet en diplomatisch zijn. Kennis van de wetgeving is ook belangrijk. Aangezien ik als ombudspersoon enkel een bemiddelende opdracht heb, moet ik een strikte neutraliteit en onpartijdigheid in acht nemen.

Er bestaat een Vlaamse vereniging voor ombudsfunctie van algemene ziekenhuizen (VVOVAZ). Ben je daar lid van? Wat doet deze vereniging?

Ik ben daar inderdaad lid van. VVOVAZ is ontstaan uit een werkgroep klachtenfunctionarissen van verschillende algemene ziekenhuizen. De vereniging heeft tot doel elkaar te steunen in onze moeilijke opdracht. In 2007 werd de werking eveneens opengesteld voor de interne en externe bemiddelaars van de geestelijke gezondheidszorg. Om die reden werd de naam ervan trouwens gedeeltelijk gewijzigd in 'ombudsfunctie van alle ziekenhuizen'!. Er is ook een Franstalige tegenhanger, AMIS. Eén à twee maal per jaar is er een algemene vergadering. Er is ook driemaandelijks een provinciaal overleg. Dan worden er vooral problemen besproken in verband met de wetgeving die niet altijd eenduidig is. Dit wordt eventueel doorgegeven aan de overkoepelende Vlaamse vereniging of de federale commissie. Vanuit VVOVAZ worden er soms aanbevelingen gedaan over de wetgeving en het statuut van de ombudspersoon. Persoonlijk heb ik een goed contact met Mieke De Volder,



ombudspersoon in het UZ Gent, die reeds langer in het vak zit, waar ik steeds terecht kan voor advies.

Hoe kan men een klacht indienen?

Via alle mogelijke bestaande communicatiekanalen: brief, e-mail, telefonisch en de mensen kunnen zich ook persoonlijk bij mij aanmelden. Ik ben in principe alle wekdagen aanwezig zodat men steeds een afspraak kan maken. Het gebeurt ook dat patiënten spontaan op mijn deur komen kloppen om stoom af te laten.

Wordt er steeds een formele klacht ingediend?

Dit heeft vooral te maken met de ernst van het probleem. In de eerste plaats zal ik nagaan of de klacht ontvankelijk is. Heeft ze effectief te maken met een zorgverlener van het AZ Nikolaas? Ik heb al meegemaakt dat mensen iets komen vertellen over hun huisarts. Dit valt evenwel buiten mijn bevoegdheid en dan verwijs ik hen door naar de federale ombudsdienst. Als het maar

over een klein probleem gaat dan bekijk ik dit samen met de patiënt of zijn vertegenwoordiger en wordt het meegenomen als informatiedossier. Als ik merk dat er toch veel commotie rond bestaat of dat vele mensen het komen melden dan zal ik de directie daar zeker over aanspreken maar dan wordt er vaak geen echt klachtendossier opgesteld.

Zijn er bepaalde remmende factoren die de patiënt ervan weerhouden om een klacht in te dienen?

Ik heb er geen zicht op waarom mensen eventueel wegblijven en geen klacht indienen. Bij patiënten die wel bij mij komen merk ik toch wel een angst voor represailles. Gaat de arts of de verpleegkundige mij daarna nog wel goed behandelen, nog vriendelijk zijn? Soms is er ook een angst voor het verlies van de goede relatie met de zorgverlener. Ik denk ook dat er mensen zijn die het niet de moeite vinden om een probleem of klacht te melden maar in dat geval kan ik er dan ook geen aanbevelingen rond formuleren.

Zijn de patiënten voldoende op de hoogte van hun rechten? Is er bv. een informatiebrochure over de ombudsfunctie beschikbaar?

Ik ervaar dat de mensen de ombudsfunctie nog niet al te goed kennen. Er wordt wel een specifieke infobrochure over de ombudsfunctie verspreid via het onthaal van de verschillende campussen. Deze brochure is ook op de ombudsdienst zelf beschikbaar.

Als de patiënt iets van de wet af weet, wordt het dikwijls gebruikt als argument. In de zin van 'ik ken mijn rechten' zonder dat ze zich bewust zijn van de draagkracht ervan. De zoon of dochter van een overleden patiënt die zich bijvoorbeeld beroept op het recht op afschrift van het patiëntendossier, maar niet weet dat dit recht enkel geldt voor de patiënt zelf, tenzij hij/zij als vertegenwoordiger werd aangesteld. Daarenboven kan er na het overlijden enkel een onrechtstreeks inzagerecht worden toegekend aan de nabestaanden via een aangeduide zorgverlener, bijvoorbeeld de huisarts, mits voldoende motivering. Ze kennen er dus wel soms iets van maar gebruiken het vaak verkeerd. Ook het verschil tussen een fout en een complicatie is voor vele mensen onbegrijpelijk. Veel patiënten waarbij een behandeling niet het gewenste resultaat oplevert zien dit als een fout. Het is heel moeilijk om deze nuancerings uit te leggen.

Komt de ombudsfunctie aan bod op de website van AZ Nikolaas?

Ja, maar ik heb al gemerkt dat het op de website niet duidelijk genoeg is. Mijn gegevens worden wel vermeld, maar het is voor velen niet zo makkelijk om ze te vinden. Ik heb een aanbeveling gedaan om in de toekomst over een elektronisch klachten- of contactformulier te beschikken zodat men een aantal zaken kan vragen of melden via de website.

Word je dikwijls door de huisarts gecontacteerd?

In mindere mate. De meeste huisartsen die iets melden vragen om met de patiënt in kwestie eens te praten. Ze houden zich meestal op de achtergrond. Af en toe gebeurt het wel dat ze aangeven dat er iets fout is gegaan. Mogelijk is er meer contact met de medisch directeur of de behandelende arts. Wanneer ik merk dat er in een bepaald dossier een negatief antwoord zal volgen en de mensen dit moeilijk zullen kunnen plaatsen of zeer emotioneel zullen reageren, zal ik soms contact opnemen met de huisarts. Ik vertel de patiënt dat ook zodat hij/zij daar ook nog terecht kan voor bijkomende informatie.

Krijgt de huisarts een verslag?

Neen. De klachtenbehandeling is strikt vertrouwelijk, ook intern. Ik mag iedereen, die ik nodig acht, contacteren over het dossier ongeacht de functie en of ze nu tot AZ Nikolaas behoren of niet. De patiënt kan ook enkel het eigen klachtenverslag opvragen en niet het volledige ombudsdossier. Wat de zorgverlener vertelt heeft kan de patiënt niet inkijken. Dat is allemaal strikt gescheiden en niemand anders krijgt daar inzage van.

Hoeveel klachten/vragen krijg je?

Ik krijg ongeveer 32 klachten per maand, met andere woorden twee effectieve klachtendossiers per dag. Daarenboven zijn er nog gemiddeld vier informatiedossiers per week; bv. mensen die een vraag hebben over de wet. Er zijn dagelijks ook nog verschillende vragen per telefoon of via e-mail van patiënten, medewerkers of soms van een huisarts.

Ik merk ook dat meer en meer mensen na de behandeling van het dossier, als ze niet tevreden zijn over het resultaat, opnieuw contact opnemen om hun ongenoegen duidelijk te maken. Tweeëndertig klachten lijkt misschien weinig maar er zijn veel emotionele gesprekken die veel tijd vragen.

Met welke specifieke klachten, vragen krijg je te maken? Zijn er bepaalde zaken die eruit springen?

Vooraf klachten over het gedrag, de houding van de zorgverlener komen vaak voor. De patiënt vindt bijvoorbeeld dat hij/zij een bot antwoord heeft gekregen of voelt zich onvriendelijk bejegend. Ook over wachttijden wordt er geklaagd, voornamelijk in verband met spoedgevallen en afspraken voor een NMR-onderzoek. Sommige patiënten hebben ook het gevoel dat ze niet serieus genomen worden en afgewimpeld worden.

Wordt er voldoende informatie aan patiënten verstrekt?

Zeker niet altijd. Meestal loopt dat goed maar regelmatig zie ik patiënten die niet op de hoogte zijn waarom bepaalde onderzoeken wel of niet gedaan worden. Ze zijn soms ook niet op de hoogte van bepaalde bijwerkingen. Ook ontslaginformatie wordt soms niet voldoende doorgegeven. Ook financiële info en informed consent wordt te weinig gegeven zodat er achteraf discussie over de factuur ontstaat. Dit gaat meestal om zeer dure materialen, waarbij er nauwelijks of geen tussenkomst is van de mutualiteit. Goede informatie verstrekken aan de patiënt zou veel klachten kunnen vermijden.

Is de aard of de ernst van het probleem een voorspellende factor voor een klacht?

Niet altijd. Ik denk dat veel afhangt van de ingesteldheid van de klager en de bekendheid van de Ombudsdienst. Facilitaire problemen worden meestal via de patiëntentevredensenquête gemeld. Meestal leiden deze dan ook niet tot een klacht omdat patiënten via die weg hun grieven kwijt kunnen. Veel hangt af van de waarde die de klager eraan hecht. Je kunt het de klager ook niet kwalijk nemen dat iets, wat in onze ogen banaal lijkt en mis gaat, tot wrevel leidt. Ik stel vast dat in de beleving van de patiënt er veel zaken zijn die wij als minder belangrijk ervaren toch van groot belang zijn, bijvoorbeeld de maaltijden.

Wat kunnen patiënten van u verwachten? Hebben zij bepaalde verwachtingen?

Hetgeen ze van mij kunnen verwachten is een bemiddelende rol. Samen met de patiënt of zijn vertegenwoordiger zal ik in overleg met de betrokken zorgverlener of directie zoeken naar een oplossing voor het probleem dat voor alle partijen aan-

vaardbaar is. Soms zal ik ook aanbevelingen formuleren om te voorkomen dat een tekortkoming zich zou herhalen. Ik merk wel dat sommige patiënten valse verwachtingen hebben. Ze denken dat ik rechter ga spelen en bestraffend kan optreden. De media (bijvoorbeeld het programma 'Ombuds Jan') hebben een beeld gecreëerd van de ombudspersoon als verdediger van hun rechten en dat is in feite niet correct. Sommige patiënten verwachten dat ik, wanneer er een klacht is over de houding van een verpleegkundige, een sanctie ga opleggen en willen dan zelfs geen excuses van de zorgverlener aanvaarden. Ik spreek mijzelf ook niet uit over een onzorgvuldigheid of over een door de klager vermeende medische fout.

Hoe verloopt de klachtenbehandeling?

Ik word gecontacteerd door de patiënt of zijn vertegenwoordiger. Meestal gebeurt dat in een gesprek. Als men een e-mail stuurt bel ik de persoon vaak zelf op om over wat meer informatie te beschikken. Dan peil ik naar wat men eigenlijk verwacht. Als men onrealistische verwachtingen heeft probeer ik die bij te stellen in de zin van; dit kan ik wel en niet voor u doen. Dan maak ik het dossier op en ga ik de verschillende betrokkenen contacteren om het probleem te bespreken. Meestal is dat de arts of de hoofdverpleegkundige van een afdeling. Als het een beleidsmatig of zeer ernstig probleem is dan bespreek ik het soms, afhankelijk van de aard ervan, met een directielid. Als het bv. om een verpleegkundig probleem gaat, wordt dit besproken met de verpleegkundig directeur. In geval van een juridisch probleem vraag ik soms advies aan de juridisch stafmedewerker. Dit gebeurt evenwel zeker niet systematisch. Er is ook steeds een terugkoppeling naar de klager, meestal telefonisch. In geval van een zeer ernstige of emotionele klacht zal ik de persoon in kwestie soms uitnodigen voor een persoonlijk gesprek met de zorgverlener. Ik probeer dit meer en meer te doen omdat ik merk dat er een grotere openheid voor komt in de organisatie. Het is zeker niet de bedoeling om iemand met de vinger te wijzen. De klachten worden geregistreerd en geanalyseerd zodat er aanbevelingen kunnen geformuleerd worden bv. het opstarten van een bepaald project of een aanvullend gesprek met de zorgverlener.

Hoe wordt een medische klacht aangepakt?

Sowieso worden de behandelende of betrokken artsen om hun visie gevraagd over de medische problematiek. Ik ben geen arts dus ik kan daar niet over oordelen. Indien sommige zaken onduidelijk zijn of blijven - de arts weigert soms om te antwoorden of antwoordt naast de kwestie - dan bespreek ik dit verder met de medisch directeur. Ik probeer evenwel in eerste instantie samen met de arts(en) in kwestie een oplossing te vinden. Indien er geen reactie komt of in geval van een agressieve reactie, ben ik jammer genoeg verplicht om een andere weg te bewandelen. Ik begrijp natuurlijk wel dat het voor de zorgverlener niet leuk is wanneer hij/zij hoort dat de patiënt naar de Ombudsdienst gestapt is en hierdoor een defensieve houding aanneemt. Ik zal mij evenwel steeds met heel veel respect en empathie ten opzichte van de betrokken

arts opstellen. Laat ons proberen om op een constructieve manier te zoeken naar een oplossing. Ik zal persoonlijk nooit een standpunt innemen. Voor vele mensen is er toch nog een drempel om zich met een vraag tot een arts te richten. Iedereen is niet even assertief.

Is er dikwijls een vraag naar financiële vergoeding? Wordt daar soms op ingegaan?

Ik zie meer en meer de vraag naar financiële compensatie ook als er geen financiële schade is. Er is bijvoorbeeld iets misgelopen, maar dat heeft geen invloed op de verblijfsduur. Op dergelijke vragen wordt enkel ingegaan met toestemming van de directie of de zaak wordt doorgegeven aan de verzekering. Sowieso wordt de arts hiervoor ook geconsulteerd. Het hangt ook af van de verwachtingen van de klager. Wat heeft er zich voorgedaan? Soms wordt er een minnelijke schikking getroffen. Er zijn ook meer en meer betwistingen over facturen. Als de patiënt niet tevreden is over de behandeling of het verblijf neem ik dat luik ook mee. In geval van een louter financiële betwisting behandelt het financiële aanspreekpunt de klacht.

Welke stappen kunnen patiënten ondernemen als ze niet tevreden zijn over uw bemiddeling? Komt dit vaak voor?

De laatste stap is het opstarten van een gerechtelijke procedure bij de rechtbank. Ik verwittig meestal wel dat dit een dure en langdurige procedure is. De patiënt kan ook terecht bij de mutualiteit die beschikt over een dienst ledenverdediging of juridische dienst of bij de eigen verzekering. Bij niet ingeloste verwachtingen komt dit wel voor. Het is ook niet steeds mogelijk om een oplossing aan te reiken waar de patiënt tevreden mee is. Als iemand niet tevreden is over mijn werkwijze kan hij/zij zich wenden tot de federale commissie, maar die spreekt zich enkel uit over de bemiddeling en niet over de inhoud van de klacht. Die kijkt enkel of ik mijn werk gedaan heb. Tot hiertoe heb ik dit evenwel nog niet meegemaakt. Meestal weet ik zelf niet of mensen al dan niet tevreden zijn omdat ze niets meer van zich laten horen. Ongeveer een 15% laat weten dat ze tevreden zijn over de oplossing. Een 7% laat weten dat ze echt niet tevreden zijn. Soms is het echter niet mogelijk om de klager tevreden te stellen met de geboden oplossing. Ik denk dat ongeveer 20% van de klagers zich ook wendt tot de mutualiteit. Tot een gerechtelijke procedure komt het heel zelden. In de periode dat ik hier werkzaam ben, ken ik twee dossiers die aanleiding hebben gegeven tot een rechtzaak.

Heeft uw werk een invloed op het toekomstig gedrag van de patiënt?

Als mensen iets negatiefs hebben meegemaakt in het ziekenhuis en daarvoor bij mij komen kan ik enkel proberen om het vertrouwen te herstellen. Een goed gesprek heldert meestal veel op, maar dan moeten de verschillende partijen er wel voor open staan. Als zorgverlener of ziekenhuis biedt dit een kans om je betrokkenheid aan de patiënt te tonen, ongeacht de negatieve ervaring van de patiënt.

De ombudspersoon moet onafhankelijk zijn. Toch bent u in dienst van het AZ Nikolaas. Schept dit geen probleem qua neutraliteit? Zou het niet beter zijn dat deze dienst er volledig los van staat?

Dat is een heet hangijzer bij alle ombudsdiensten. Ook in VVOVAZ wordt daarover gediscussieerd. Er zijn reeds studies door mutualiteiten rond gevoerd en ook vanuit de overheid zijn er een aantal aanbevelingen geweest om dit te verbeteren. Je mag bv. geen dubbele functie zoals kwaliteitscoördinator en ombudspersoon hebben. Ik heb mijn thesis geschreven rond ombudsdiensten in ziekenhuizen en daaruit bleek dat een aantal ombudspersonen naast hun functie ook nog directieleden waren of een staffunctie hadden. Dit kan natuurlijk niet. Het feit dat ik werknemer ben van het ziekenhuis vind ik een moeilijk gegeven maar ik probeer toch mij steeds zo neutraal mogelijk op te stellen. De directie laat mij ook vrij. Ik ervaar geen druk. Anderzijds is het ook zo dat wanneer je extern werkt je minder voeling hebt, minder goed bereikbaar bent en dus ook moeilijker aanbevelingen kan doen. De financiering van de Ombudsdienst gebeurt ook deels door de overheid. Persoonlijk vind ik dat ik voldoende onafhankelijk kan werken maar waarschijnlijk heeft dat te maken met de visie van de directie en de manier waarop ik mij opstel.

Hoe gebeurt de evaluatie van de ombudsdienst?

Als een patiënt niet tevreden is over een dossier kan hij/zij zich wenden tot de federale commissie. Ik hou zelf wel bij of patiënten tevreden zijn en of dit aantal stijgt of daalt. Het is een maatschappelijke trend dat patiënten mondiger worden en als ze niet tevreden zijn, sneller zullen telefoneren. Er is ook de verplichting om een jaarverslag te maken over het voorbije jaar. Dit moet elk jaar in april verstuurd worden naar de federale overheid. Eigenlijk maak ik twee rapporten. Voor de directie maak ik een uitgebreid rapport. Het verplicht rapport voor de overheid is een standaarddocument waarin een aantal velden moeten ingevuld worden maar waar wij als ziekenhuis niet veel aan hebben omdat het te beperkt is. De overheid wil enkel weten welke klachten over welk recht je krijgt, maar geen specifieke zaken. Ik heb mij voorgenomen om het aantal klachten bv. het recht op inzage, recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, recht op toestemming,... veel meer gespecificeerd te registreren zodat we weten wat het probleem juist is.

Aan wie stel je dit rapport voor?

Sowieso aan alle directieleden. In principe wordt driemaandelijks het aantal klachten gemeld in de werkgroep klantgerichtheid want ik kan daar geen jaar mee wachten. Ik heb het meegemaakt dat over een bepaalde afdeling veel klachten waren. Op één van de vergaderingen werd dit in aanwezigheid van de hoofdverpleegkundige besproken zodat er actie kon ondernomen worden.

Wie maakt er deel uit van de werkgroep?

Alle directieleden, het diensthoofd patiëntenadministratie, de Sociale dienst, een verpleegkundig diensthoofd en de kwaliteitscoördinator. Vroeger was er een afzonderlijke werkgroep 'patiëntenrechten' maar dit is nu een onderdeel van de

stuurgroep klantgerichtheid. In deze vergaderingen worden ook de patiëntentevredenheidsenquêtes besproken.

Bij elke ziekenhuisopname beschikt de patiënt over de mogelijkheid om een evaluatieformulier in te vullen. Kijkt u dat na?

Niet systematisch. Deze worden gericht aan de algemeen directeur die deze in overleg met de kwaliteitscoördinator bekijkt. Daar worden ook statistieken van gemaakt. Indien zij merken dat het toch om ernstige feiten gaat en de patiënt hierover contact wenst, wordt dit aan mij doorgegeven. Afhankelijk van de situatie wordt er al dan niet een klacht opge maakt.

Hebt u nog bepaalde aanbevelingen om onze dienstverlening te verbeteren?

Meer informeren. Informatie is ontzettend belangrijk. Een ziekenhuisopname is voor een patiënt geen alledaagse situatie. Dus de patiënt inlichten over alle aspecten van de zorg kan veel wroefel vermijden. Ook de onderlinge samenwerking tussen de diensten kan op sommige vlakken beter. Een goede communicatie tussen de diensten onderling zal er zeker toe bijdragen dat er minder klachten zijn. De communicatie tussen artsen en verpleegkundigen moet optimaal zijn om de zorg zo goed mogelijk te laten verlopen.

dr. Leo Verguts

Opstart raadpleging Nefrologie in campus Temse

Vanaf 1 oktober 2011 zal de dienst Nefrologie zijn raadplegingen uitbreiden naar de campus Temse. Verwezen patiënten uit de regio kunnen op korte afstand gezien worden voor **algemene nefrologische pathologie, voorbereiding op dialyse en na een niertransplantatie**. Ook is verwijzing voor **algemene/therapieresistente hypertensie** mogelijk.

Wekelijks wordt er beurtelings door twee artsen één raadplegingsmoment gehouden.



Dr. Dirk Schepens

Vrijdagvoormiddag



Dr. Johan De Meester

Dinsdagvoormiddag

Raadpleging is enkel op afspraak, die via de centrale **afsprakendienst** van het ziekenhuis gemaakt kan worden (tel. **03 760 22 52**). Voor bijkomende vragen kan u zich steeds richten tot het secretariaat Nefrologie (tel. 03 760 22 56).

Pensioen dr. Robert Klaes - Neurochirurgie

Het is niet gemakkelijk om "afscheid" te nemen van Dr. Robert Klaes, "Bob" voor de vrienden (*al heb ik hem nooit zo willen noemen; Bob, Rex, Max en dergelijke meer roepen bij mij andere associaties op dan aan een neurochirurg*).

Robert heeft een indrukwekkende loopbaan achter de rug. Hij volgde een opleiding Neurologie en Neurochirurgie in het toenmalig befaamde Instituut Bunge te Antwerpen. In deze periode volgde hij, in de zomermaanden, cursussen in de microscopische chirurgie in het Universitair Ziekenhuis te Zurich (Zwitserland).

Na deze opleiding verbleef hij een lange periode in het Universitair Ziekenhuis van Western Ontario te London (Ontario) Canada (dienst Neurochirurgie Dr. Drake). Later deed hij regelmatig stages in de Mayo Clinic te Rochester Minnesota in de Verenigde Staten en werkte hij een korte periode op de Spoedgevallendienst van het Bellevue Hospital te New York (hieraan hield hij een bijzondere bekwaamheid over in het verwijderen van kogels in het hoofd).

Hij startte als voltijds neurochirurg in het AZ Middelheim te Antwerpen, waar hij jaren diensthoofd was, en werd later consulent in de Stadskliniek, nadien AZ Waasland (het actuele AZ Nikolaas) te Sint-Niklaas.

Van in 1989, toen ik begon te werken in Sint-Niklaas, heb ik Robert Klaes als neurochirurg aan onze zijde (de neurologen) gekend. De samenwerking is steeds zeer hecht geweest, en de dienst Neurologie van de toenmalige Stadskliniek was in feite een geïntegreerde dienst Neurologie-Neurochirurgie. Dit is gedurende vele jaren, zeer vruchtbaar gebleken, met een intens wederzijds overleg, resulterend in een doorgedreven, maar pragmatische benadering van diverse neurologische pathologie.

Toen reeds hebben we Robert mogen appreciëren als een zeer zorgzame, voorzichtige en bekwame chirurg. Tot de dag van vandaag kunnen wij terugvallen op zijn advies, en ik hoop dat dit zo nog voor een lange periode verder kan blijven. In de laatste jaren schooldde hij zich bij als gerechtsdeskundige (waarvoor hij een opleiding volgde aan de Universiteit Gent). De contacten met diverse advocaten betekenen opnieuw een verrijking van zijn wereldbeeld.

Het valt dan ook te verwachten dat deze eminente wijnkenner (zeker geen Bob), gastronom en amateurkok (al heb ik dit eerder van horen zeggen) de komende jaren zeker niet in ledigheid zal vervallen. Ook Daisy kan zich nu voorbereiden op meer intens shoppen...

Het gaat je goed, Robert! Al is dit voor ons gelukkig nog geen volledig adieu en kunnen wij nog uitkijken naar een hopelijk jarenlange samenwerking in de nieuwe privépraktijk in de Plezantstraat.

Dr. Eric Tack - Neurologie

Bezoek partnerziekenhuis in Evenaarsprovincie

Bangabola

In 2006 werd het project 'ziekenhuis voor ziekenhuis' van de NGO Memisa voorgesteld. Dankzij dit project gaan Belgische ziekenhuizen voor minstens vijf jaar een partnerschap aan met Congolese ziekenhuizen. Op die manier leren Belgische gezondheidswerkers niet alleen de noden kennen van de Congolese ziekenhuizen, maar ook de mensen achter die noden.

AZ Nikolaas sloot een partnerschap met Bangabola, een gezondheidsregio in de Evenaarsprovincie. Naast het uitwisselen van wederzijdse ervaringen en cultuur is het vooral de bedoeling dat we deze regio zowel inhoudelijk, moreel en financieel ondersteunen in het uitbouwen van hun gezondheidszorg. De medewerkers van Memisa ter plaatse ondersteunen en coördineren de projecten en helpen de Congolese ziekenhuizen om haalbare doelstellingen op lange termijn op te stellen. AZ Nikolaas ging het engagement aan om jaarlijks € 13.500 in te zamelen. De Belgische overheid vult dit bedrag aan tot € 85.000

De voorbije jaren werden er verschillende initiatieven genomen om het beloofde bedrag in te zamelen en brachten enkele van onze medewerkers en artsen reeds een bezoek aan ons partnerziekenhuis. Van 16 tot 31 mei 2011 gingen Francine De Leenheer (hoofdverpleegkundige) en Herman Andries (clustermanager geriatrie) op inleefreis naar ons partnerziekenhuis in Bangabola. Hun verhaal kan je hieronder lezen:

Bangabola is gelegen in de Evenaarsprovincie. Vanuit Brussel vliegen we naar Kinshasa en daarna volgt nog een binnenvlucht naar Gemena. Na een overnachting volgt een tocht van 185 km door de jungle. Vol ontzag voor de rijvaardigheid van Richard, onze chauffeur, arriveren we acht uur later in Bangabola, waar we onthaald worden als koningen. Hier ontbreken woorden voor: "Bienvenue chez nous: soyez chez nous comme chez vous". Heel het dorp staat op stelten.

De humanitaire situatie in de regio is kritiek. Enkele jaren geleden woedde er nog een oorlog tussen de troepen van Kabila en zijn opponent Bemba. De laatste jaren is de rust stilaan teruggekeerd. Er is weinig economische activiteit. Moeders proberen elke dag op de lokale markt hun groenten te verkopen. Mannen zijn dagenlang zwaarbepakt onderweg te voet, met de fiets of met de prauw om handel te drijven.

De gebouwen van het ziekenhuis dateren uit het koloniale tijdperk. Op vele plaatsen zijn plafond en muren beschadigd, ontbreken ramen, en is er nood aan een (dikke) laag verf.



Het schijnt echter nog één van de betere ziekenhuizen uit de regio te zijn. We ervaren er meteen wat anderen ons vooraf beschreven als "Afrika dat moet je ruiken". Voor ons is het een eerste confrontatie.

Er is geen stromend water, wel een waterput maar de pomp is stuk. Brandstof voor de generator is beperkt en elektrische leidingen zijn verduurd of verroest. We zijn in een andere wereld beland: is dit 2011?

Voor de ± 120 patiënten die dagelijks het ziekenhuis bevolken zijn slechts 50 bedden, meestal opgelapt met bamboe. Kinderen liggen met drie, vier op één van de schamele matrassen. Anderen nemen hun matje en vele patiënten liggen gewoon op de grond. Mensonwaardig!

Het ziekenhuis geeft enkel geneeskundige bijstand zonder 'hotelservice'. Faciliteiten voor persoonlijke hygiëne ontbreken: douches of toiletten zijn die naam niet waardig. Patiënten worden er niet gewassen, familieleden zorgen voor eten in een gemeenschappelijke buitenkeuken, een traditie in Afrikaanse hospitalen.

De patiënten worden vanuit het lokale "Centre de Santé" naar het ziekenhuis verwezen. Het betreft enkel de zwaar zieken met complexe problemen. Ze komen te voet, per fiets of met een zelfgemaakte brancard naar het ziekenhuis en zijn soms dagen



onderweg. Zo zagen we een patiënt met een darmperforatie en peritonitis. Hij had al tien dagen klachten en hoge koorts en was uiteindelijk 35 km met de fiets naar het ziekenhuis gebracht. Veel mensen beschikken niet over de middelen om zich te laten verzorgen. Voor elke verzorging dient immers een forfait betaald te worden. Er overlijden met andere woorden patiënten omdat ze niet de behandeling kunnen krijgen die ze nodig hebben.

Het overheidsbudget voor de gezondheidszorg is ontoereikend en laat niet toe deze goed te organiseren. Memisa betaalt premies aan artsen, verpleegkundigen en andere medewerkers van het ziekenhuis ter vervanging van het salaris dat door de staat niet betaald wordt.

Ondanks de minimale beschikbare middelen treffen we in het ziekenhuis een zeer gemotiveerd team van 40 medewerkers, waaronder 2 artsen en 28 verpleegkundigen. De aangeboden zorg beperkt zich dus louter tot het uitvoeren van medisch-verpleegkundige verstrekkingen. Bij een nieuwe opname stellen verpleegkundigen de diagnose en starten ze op basis van "procedures" de therapie op. Chirurgische ingrepen worden veelal door verpleegkundigen uitgevoerd, al dan niet met assistentie van de arts.

Elke patiënt beschikt over een gestructureerd dossier dat heel consequent wordt ingevuld, door artsen en verpleegkundigen: MVG-registratie zou hier goed scoren!

Het ziekenhuis beschikt over een eigen apotheek onder leiding van een verpleegkundige, van waaruit geneesmiddelen en medisch materiaal verdeeld wordt. Op de afdelingen zien we uitgeleefde medicatie- en verzorgingswagens. Hier een cultuurtje nemen zou onze collega's van ziekenhuishygiëne trauma's bezorgen. Het lijkt wel alsof de teletijdmachine ons jaren teruggeflitst heeft.

Naast het ziekenhuis is er ook een belangrijke rol weggelegd voor de gezondheidscentra "Centres de Santé" in de kleine dorpen. Deze centra bestaan uit traditionele, dus primitieve, hutten met een eenvoudige infrastructuur.

Ook hier is het de verpleegkundige die instaat voor onder andere doorverwijzing naar het ziekenhuis, zwangerschapsbegeleiding, gezondheidsopvoeding en allerlei preventiecampagnes. Er worden ook behandelingen opgestart: Malaria, TBC, luchtwegeninfecties, malnutritie, wondhechtingen,... Ook hier ontbreekt elektriciteit. De verlostafel is gericht naar het openstaande raam, voor een minimale lichtinval, van privacy gesproken,...

Malaria en diaree zijn perfect te genezen, maar in Congo doden ze aan de lopende band. Mits goede begeleiding en tijdig opstarten van de behandeling kunnen veel van deze problemen verholpen worden. Desondanks viert één kind op vijf nooit zijn verjaardag. De levensverwachting voor vrouwen is 49 jaar, deze

voor mannen 46 jaar. Veel mensen zijn anemisch ten gevolge van malaria. Er is geen bloedbank: bij een hemoglobine van zes wordt er gezocht naar een donor in de familie. Een Hb van vier is hier geen zeldzaamheid!

Onze inleefreis betekende echter niet alleen kommer en kwel. We maakten ook kennis met de vele rijkdommen van Congo: de zon, de hitte en de regen maken van deze regio een vruchtbaar gebied. De brousse toont ons zijn enorme variëteit aan bomen, bloemen, planten, prachtige vlinders, schattige geitjes en biggetjes, rivieren bevangen door mensen in prauwen, volgeladen met allerlei koopwaar. En we ontmoeten er vooral veel hartelijke en blije mensen! Ook al leek de tijd er stil te staan: we hebben het gevoel toch even in "de echte Congo" geleefd te hebben.

We keren terug met een hart zwaar van emoties, indrukken. Ons lichaam is geteisterd door de hitte en allerlei beestjes, moe maar vol plannen en vooral enorm veel rijker in het volle besef: deze inleefreis is voor ons een unieke ervaring!

En...hoe je het ook draait of keert: ook in Bangabola maakt ons hart het verschil!

*Mbote!
Herman & Francine*



Herman Andries
Clustermanager
herman.andries@aznikolaas.be

Francine De Leenheer
Hoofdverpleegkundige
francine.deleenheer@aznikolaas.be



Dr. Bart De Troyer - Urologie

Op 1 september startte dr. **Bart De Troyer** (°Ekeren, 1979) fulltime als **uroloog** in het AZ Nikolaas.

Hij studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en werkte tijdens zijn opleiding in het UZ Gasthuisberg, het AZ Klina en het UZ Gent. Hij volgde zes maanden een fellowship voor **laparoscopie en robotchirurgie** in het Onze Lieve Vrouw Ziekenhuis Aalst. Hij zal zich naast de algemene urologie dan ook toelleggen op de **minimaal invasieve ingrepen**.

Dr. Bart De Troyer vervoegt de associatie van dr. Vanhaverbeke en dr. Wynant.



Dr. Fransiska Malfait - Medische genetica

Vanaf 1 mei verzorgt dr. **Fransiska Malfait** (°Kortrijk, 1975) eenmaal per maand **genetische raadplegingen** in het AZ Nikolaas.

Dr. Malfait studeerde Geneeskunde aan de Universiteit Gent. Na het beëindigen van haar studies, startte zij, als aspirant bij het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek, een doctoraatsonderzoek op de dienst Medische Genetica van het Universitair Ziekenhuis te Gent. Dit doctoraatsonderzoek, dat werd uitgevoerd onder het promoterschap van Prof. Dr. Anne De Paepe, handelde over **erfelijke bindweefselaandoeningen**, met nadruk op het Ehlers-Danlos syndroom en osteogenesis imperfecta. Na dit onderzoeksmandaat specialiseerde zij

zich in de **Reumatologie** (UZ Gent).

Dr. F. Malfait is actueel als staflid verbonden aan het Centrum Medische Genetica in het UZ in Gent.



Dr. Anne Van Riet - Orthopedie

Op 1 augustus startte dr. **Anne Van Riet** (°Leuven, 1980) parttime als **orthopedisch chirurg** in het AZ Nikolaas.

Zij studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en specialiseerde zich nadien in de orthopedie. Ze werkte tijdens haar opleiding in het UZ Pellenberg, AZ Nikolaas en het Heilig Hartziekenhuis Lier. Momenteel volgt dr. Van Riet in de Sint-Maartenskliniek in Nijmegen nog een parttime fellowship voor **bijkomende bekwaming in de voetchirurgie**. Vanaf 1 januari 2012 zal ze fulltime starten in het AZ Nikolaas.

Dr. Anne Van Riet maakt deel uit van de associatie Care to Move en zal vooral **voet- en enkelpathologie** behandelen. Daarnaast zal ze meewerken aan de **multidisciplinaire diabetische voetraadpleging**.



Dr. Ann Van Thillo - Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Dr. **Ann Van Thillo** (°Antwerpen, 1980) werkt sinds 1 augustus 2011 als **kinder- en jeugdpsychiater** in het AZ Nikolaas.

Dr. Van Thillo studeerde geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven, waarna zij zich specialiseerde in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Zij volgt een bijkomende postgraduaatopleiding in de **Relatie-, Familie- en Systeempsychotherapie** (KU Leuven).

Dr. Ann Van Thillo vervoegt dr. Ruymbeke, dr. Hermans en dr. Franckx.

Patiëntveiligheid

Cultuurmeting

AZ Nikolaas heeft sinds 2007 met de federale overheid een contract 'Coördinatie van de Kwaliteit en de Patiëntveiligheid' afgesloten. Een belangrijke topic binnen het contract is het veiligheidsmanagement. Veiligheidsmanagement kan vertaald worden als een structurele aanpak voor de beheersing van mogelijke risico's die de veiligheid van de patiënt in gevaar (kunnen) brengen. Een van de basiselementen van een volwaardig veiligheidsmanagementsysteem is het formuleren van een meerjarig patiëntveiligheidsbeleid.

Een dergelijk beleid ontwikkelt zich idealiter op basis van de resultaten van een cultuurmeting waarbij de zwakke dimensies op het vlak van veiligheid worden geïdentificeerd. Een dergelijke analyse wordt gekoppeld aan het bepalen van specifieke verbeterdoelstellingen, acties en indicatoren, waarmee getracht wordt de zorg positief te beïnvloeden op het vlak van structuur en/of proces en/of resultaat of uitkomst. De federale overheid streeft ernaar de veiligheidscultuur ten opzichte van patiënten (om de drie jaar) te evalueren. AZ Nikolaas heeft zich hier toe geëngageerd.

Van begin september tot eind oktober 2011 zal een grootschalige bevraging over de patiëntveiligheidscultuur in het AZ Nikolaas gebeuren.

De enquête is een eerste maal in 2007 afgenomen, op vrijwillige basis, van alle artsen, arts-assistenten en medewerkers die rechtstreeks of onrechtstreeks bij de patiëntenzorg betrokken zijn. De patiëntveiligheidscultuurmeting is een perceptiemeting. De meting beoogt de cultuur inzake veiligheid in het ziekenhuis in kaart te brengen.

Er wordt gepeild naar:

- de erkenning van de mogelijke risico's en foutgevoeligheid van de organisatie;
- de mogelijkheid van individuen om (bijna)fouten te rapporteren zonder daarvoor gestraft te worden;
- de samenwerking tussen collega's tussen de verschillende niveaus om oplossingen te zoeken voor veiligheidsrisico's;
- de bereidheid van de organisatie om de nodige middelen te voorzien ter bevordering van de veiligheid.

De vragenlijst kan ingevuld worden via het intranet. De medewerkers uit de doelgroep krijgen een unieke toegangscode die eenmalig te gebruiken is. De enquête is anoniem en de gegevens worden globaal verwerkt. Op het einde van het jaar worden de resultaten bekendgemaakt.

De gegevens worden ook verwerkt door Universiteit Hasselt, waar ze worden gebruikt voor een nationale benchmark.

Saskia Feyaerts
Stafmedewerker Patiëntveiligheid
saskia.feyaerts@aznikolaas.be

Bron:
Kwaliteit en patiëntveiligheid in
Belgische ziekenhuizen anno 2009,
Rapportage over het contract
'Coördinatie kwaliteit en patiënt-
veiligheid 2008 – 2009',
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van
de Voedselketen en Leefmilieu

Oriëntaties voor de toekomst

De Federale Overheid (FOD) biedt alle Belgische ziekenhuizen sinds 2007 jaarlijks een contract 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid' aan, ter ondersteuning van de strategische oriëntaties die de overheid nastreeft op het vlak van kwaliteit en patiëntveiligheid. De FOD heeft alle belang bij het stimuleren van kwaliteitsvolle en veilige zorg in de ziekenhuizen, gezien de overheid instaat voor de financiering van de zorg en dus voor de maatschappelijke verantwoording van de beschikbare middelen.

Ondanks het feit dat de Eurobarometer van de Europese Commissie aangeeft dat de Belgische bevolking zeer tevreden is met de geleverde zorg zijn er veel gegevens en rapporten die wijzen op het belangrijke verbeterpotentieel van de kwaliteit en patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen.

De na te streven doelstellingen inzake kwaliteit en patiëntveiligheid, die in de toekomst door de FOD aan de ziekenhuizen zullen worden voorgesteld, zullen een steeds dwingender karakter krijgen. De overheid hanteert hierbij het principe van 'meten is weten'. Dit betekent enerzijds dat ziekenhuizen zich in een steeds sneller tempo zullen moeten organiseren om aan deze doelstellingen tegemoet te komen, maar anderzijds ook dat de verwachtingen inzake kwaliteit en patiëntveiligheid steeds duidelijker zullen worden en scherper afgelijnd.

De overheid hanteert vier bouwstenen voor een performant ziekenhuisbeleid: klantgerichtheid, innovatie, ondernemingszin en samenwerking en/of netwerking.

Klantgerichtheid

Op het vlak van klantgerichtheid wil de overheid dat maatregelen in het kader van patiëntveiligheid en patiëntgerichte communicatie nadrukkelijker aandacht krijgen. Te denken valt aan initiatieven zoals de invoering van patiëntenidentificatiebandjes, specifieke checklists bij heelkundige ingrepen, een geïndividualiseerd educatieaanbod. Het aspect 'empowerment', waarbij patiënten worden gestimuleerd om maximaal te participeren aan het verzorgings- en behandelingsproces, zal zeer belangrijk worden.

Innovatie

De ziekenhuizen zullen op basis van de WHO-taxonomie incidenten en bijna-incidenten retrospectief en proactief leren analyseren en hieraan verbeterdoelstellingen verbinden. Er zal verder worden geïnvesteerd in het verbeteren van zowel klinische processen als processen die te maken hebben met de transfer van patiënten. Klinische (transmurale) paden moeten

worden ingevoerd of verder verankerd. Transmurale zorg wordt een zeer belangrijke topic. Alle aandacht zal worden toegespitst op de ontwikkeling van een multidimensionele, valide indicatorenset. Binnen een periode van vijf jaar wil de FOD een nationale indicatorenset presenteren aan de ziekenhuizen met een beperkt aantal indicatoren die essentieel zijn voor de kwaliteit en patiëntveiligheid. Die set kan dienen als leidraad voor de ontwikkeling van de eigen indicatorenset. Er zullen voor een aantal indicatoren ook echte streefcijfers worden voorzien, alsook dat de uitkomsten van deze indicatoren toegankelijk worden gemaakt voor een breder publiek.

Centraal staat het principe van 'pay for quality', met andere woorden 'no quality, no pay'. Dit alles veronderstelt dat het ziekenhuis ook aangepaste structuren (comités) opricht of bestaande structuren (comités) een heroriëntatie geeft met betrekking tot zijn rollen en taken om kwaliteit en patiëntveiligheid te maximaliseren. De overheid zal deze evoluties trachten te ondersteunen door een aangepaste informatisering en methodologische ondersteuning.

Ondernemingszin

In de toekomst zal worden gestreefd naar de implementatie van een geïntegreerd elektronisch patiëntveiligheidssysteem. De opportuniteit van accreditatie, al dan niet verleend door een nationale of internationale instelling, zal een uitdaging worden. De overheid wil initiatieven nemen om de betrokkenheid van directies ten aanzien van kwaliteit en patiëntveiligheid in de toekomst te vergroten. Er zal worden geëvalueerd hoe een ziekenhuis er in slaagt een multidimensionele indicatorenset te implementeren en dit binnen alle geledingen van de organisatie.

Samenwerking / Netwerken

De component leiderschap zal de bouwsteen zijn voor een performant ziekenhuisbeleid, waarbij wordt geïnvesteerd in samenwerking en netwerken die de patiëntveiligheid, de kwaliteit van specifieke zorgprocessen en de ontwikkeling van indicatoren ten goede komt. Meer dan ooit zal er in de toekomst moeten worden geïnvesteerd in transmurale zorgprocessen en de ontwikkeling van hieraan gerelateerde indicatoren.

De weg naar een veiliger zorg is lang en breed. Patiëntveiligheid wordt gebundeld in een meerjarenplan, dat de ambities van de overheid en de Belgische ziekenhuizen moet samenbrengen.

Oorlogschirurgie anno 2011

Dr. Luc Noppen - orthopedisch chirurg - in Afghanistan

Dr. Luc Noppen, als orthopedisch chirurg verbonden aan het AZ Nikolaas is deeltijds in dienst van het Belgische leger. In opdracht van het Belgisch leger nam hij deze zomer deel aan de militaire missie naar Afghanistan. Infusie peilt naar zijn ervaringen.

Wanneer ben je op missie vertrokken en hoe lang ben je weg geweest? Wat is de invloed ervan op je praktijk?

Ik ben half juni vertrokken voor een periode van zes weken. Eind juli was ik terug thuis. Aansluitend heb ik een weekje verlof genomen, in totaal was ik dus zeven weken weg van mijn praktijk. Als je zo lang afwezig bent, vergt dit zeker de nodige organisatie. Gelukkig konden mijn collega's een aantal lopende zaken en wachtdiensten overnemen. Dat is het voordeel van in groep te werken.

Ben je als militair verplicht om deel te nemen aan dergelijke missies of kan je ook weigeren?

Voor deze zending ben ik aangeduid: mijn naam werd op een lijst gezet. Als militair vraagt men u om deel te nemen aan een bepaalde missie. Je zou kunnen weigeren, maar dat betekent dan dat er een andere collega zou moeten gaan. Deze zending was lang op voorhand aangekondigd waardoor ik mij heb kunnen organiseren. Weigeren ligt ook niet in mijn aard. Als ik aangeduid wordt, ga ik.

De hoeveelste zending was dit voor jou?

Ik ben nu bijna twintig jaar erkend als orthopedisch chirurg. Ik ben één maal in Somalië geweest, vijf maal in ex-Joegoslavië en drie maal in Libanon. Met Afghanistan erbij kom ik aan tien zendingen over een periode van twintig jaar. Een gemiddelde van één zending per twee jaar.

Waar waren jullie precies gestationeerd en over welke uitrusting - infrastructuur konden jullie beschikken?

Deze zending was in samenwerking met het Amerikaanse leger. We waren gestationeerd in Kandahar, gelegen in het uiterste zuiden van Afghanistan, dicht bij de Pakistaanse grens. De basis is gebouwd rond een vliegveld. In totaal werken er ongeveer 30.000 militairen en burgerpersoneel. Je kunt het dus vergelijken met een grote Belgische gemeente.

Op Kandahar airfield was er een groot Amerikaans veldziekenhuis, in ons jargon een 'role 3' hospitaal. Tot vorig jaar bestond dat uit tenten en barakken, nu is het een volledig stenen gebouw met versterkte muren en een dak voor de veiligheid.

Wordt dit ziekenhuis bij vertrek overgedragen aan de Afghanen?

Het materiaal zal sowieso gerecupereerd worden. De gebouwen en infrastructuur zullen wel blijven maar ik weet niet wat de

Afghanen daar eventueel mee gaan doen. In de omgeving was er een Afghaans militair ziekenhuis dat behoorlijk was uitgerust maar ikzelf nooit bezocht heb en een burgerziekenhuis met beperkte middelen en knowhow. Het niveau van de geneeskunde is zeker niet te vergelijken met België.

Kunt u het veldziekenhuis kort beschrijven?

Het gebouw zelf is ongeveer 100 x 100 m groot, enkel gelijkvloers. Er is een Spoedafdeling met twaalf reanimatiebedden (Trauma Bay) voor zwaar gekwetste patiënten. Vlakbij is de Radiologieafdeling met onder andere een 64 slice CT waar twee radiologen werkzaam zijn. Het operatiekwartier beschikt over drie vrij grote compleet ingerichte operatiezalen en een vierde kleinere zaal voor wondverzorging of voor endoscopieonderzoeken. Er werd elke dag in twee zalen geopereerd. De derde zaal werd in principe vrijgehouden voor urgenties.

Er is ook een moderne goed uitgeruste (invasieve monitoring en beademing) dienst Intensieve Zorgen met twaalf bedden aanwezig, enkel dialyse is niet mogelijk. Tenslotte is er een hospitalisatieafdeling met een veertigtal bedden, verdeeld over verschillende kamers. De indeling van de kamers wordt gemaakt op basis van de oorsprong van de patiënt: een kamer voor de coalitietroepen, een kamer specifiek voor kinderen, een kamer voor Afghanen en dan nog twee of drie aparte lokalen voor gevangenen.

Wie werkt er in het ziekenhuis?

Het is een internationaal ziekenhuis onder Amerikaanse leiding. Naast Amerikanen (de meerderheid) waren er onder andere ook Canadezen, Engelsen, Denen en een achttal Nederlanders aanwezig. Wij waren met drie Belgen; een collega anesthesist, een spoedverpleegkundige en ikzelf als orthopedisch chirurg. België heeft drie maal voor een periode van zes weken een ploeg geleverd, wij waren de tweede equipe.

Met welk profiel van patiënten werd je geconfronteerd?

Als orthopedisch chirurg - traumatoloog behandelde ik vooral letsels van de ledematen. Dit is echter een zeer algemene term. De grootste groep gekwetsten waren typische slachtoffers van een oorlogssituatie; 'oorlogspathologie'. Zo waren er veel 'blast injury's', trauma's ten gevolge van ontploffingen. Mensen die gekwetst werden door een bermbom of een mijn of geraakt werden door een raket of mortier. Er waren ook slachtoffers omdat ze met hun voertuig over een bermbom reden en ook wel wat verkeersongevallen of kinderen met brandwonden.

Hoeveel slachtoffers zagen jullie gemiddeld per dag?

In die periode van zes weken heb ik een honderdtal ingrepen uitgevoerd, waarvan een dertigtal traumatische amputaties: patiënten die één of twee benen verloren waren of met ook nog



Aankomst per helikopter van een zwaar gekwetste patiënt

een arm af (double and triple amps), met andere woorden zeer zwaar gekwetsten. Er waren ook vrij veel schedeltrauma's. In feite zie je in de oorlogspathologie een zekere verschuiving in het type letsels door een verbeterde bescherming van de soldaat: de borst en de buik zijn volledig beschermd waardoor we meer letsels zien van het aangezicht en de ledematen.

Wat was de outcome van deze zwaar gekwetsten?

Die is fel verbeterd door de ervaring - spijtig genoeg - van Irak; door het opnieuw gebruiken van iets heel simpel, men name het knelverband. De soldaten leggen bij elkaar een garrot aan waardoor het bloedverlies toch enigzins kan beperkt worden. Elke soldaat heeft dat in zijn uitrusting bij. Door het controleren van de bloeding en mede dankzij het snelle transport per helikopter komen ze weliswaar in zware shock toe maar kunnen ze toch nog gereanimeerd worden. De garrot wordt niet afgedaan vooraleer de patiënt gestabiliseerd is. Er werd ook massief getransfuseerd. De Amerikanen hebben een gezegde: "If you come in with a pulse, you leave the hospital alive".

Worden er ook medische zorgen aan de lokale bevolking gegeven?

Dat zijn twee gescheiden werelden: onze basis en de buitenwereld. Er werden wel Afghanen behandeld, degenen die met de coalitietroepen samenwerkten, militairen en politieagenten

werden beschouwd als rechthebbenden. Als er toevallig een verkeersongeval was en de Amerikanen waren ter plaatse werden de gewonden meegenomen. Ook vanuit de buitenposten, kleinere medische units gebeurde het regelmatig dat ze bijvoorbeeld een kind met brandwonden of een slecht genezende breuk stuurden. Je kan evenwel niet zeggen dat we systematisch het gezondheidssysteem terug proberen op te bouwen. Daarvoor is de situatie te gevaarlijk en dat is ook meer een taak voor de NGO's.

Ben je zelf ook in een gevaarlijke situatie verzeild geraakt?

Wat er heel regelmatig gebeurde, ik heb er een twintigtal meegemaakt, waren raketaanvallen op het kamp. De meesten vielen buiten het kamp omdat ze iets te weinig bereik hadden. Tijdens één van de laatste dagen dat ik er was, is er een raket ingeslagen op 100 meter van het gebouw waar ik logeerde, toen waren er twee Franse militairen lichtgewond. Er vielen dus niet direct veel slachtoffers maar je moest wel opletten. Bij een aanval ging er een sirene af en moest je enkele minuten plat op je buik gaan liggen als je niet in een beveiligd gebouw was.

Hoe heb je die periode beleefd? Wat waren uw indrukken van het land, de bevolking, de oorlogssituatie?

Het is een zware periode geweest. Het is zeker mijn drukste zending geweest tot nu toe. Zolang je met een patiënt bezig

bent valt het mee omdat je dan op je werk geconcentreerd bent. Maar als je het vanaf enige afstand bekijkt is het zeer confronterend. Vooral omdat we in een zone zaten waar de Amerikanen vrij offensief optraden: actief de Taliban gaan zoeken en tijdens deze operaties vielen er nogal wat gekwetsten. Vaak ging het om amputaties. De slachtoffers zijn jonge mensen, tussen 19 en 29 jaar die één of twee benen kwijt raken, soms genitaal verminkt worden en met zware bekkenfracturen. Als je dat meemaakt dan slik je wel eventjes.

Oorlogschirurgie is een unieke ervaring en alhoewel dergelijke letsels in België zelden voorkomen, laat het mij toch toe om in mijn praktijk in AZ Nikolaas enkele principes ervan toe te passen.

Heb je psychologische begeleiding gekregen?

Die mogelijkheid is er altijd. Vlak naast het ziekenhuis was er een polikliniek voor Amerikaanse militairen met psychische problemen. Van België uit was er ook een psycholoog beschikbaar. Het is echter niet zo dat er na die zes weken een decompressieperiode was. Ik heb thuis in mijn familiale omgeving een weekje verlof genomen. Het is psychisch zeker een zware belasting. Voor een aantal mensen is het moeilijk om dit te verwerken.

Heb jij je daar op kunnen voorbereiden?

Ik ben vorig jaar in november in het kader van de zending op verkenningsmissie geweest. Ik ben toen drie dagen ter plaatse gaan kijken hoe men werkte, met de mensen gesproken zonder zelf te moeten ingrijpen. Ik wist dus waar ik voorstond. Zo heb ik ook mijn collega's gebriefd die na mij kwamen. Goede informatie is voor een deel een psychologische voorbereiding.

Dr. Leo Verguts



Van links naar rechts:

“Pan” (US, gipsmeester), Dr. Breederveld (NL), Dr. Dunwoody (CAN), Dr. Noppen (BEL), Dr. Hernandez (US), “Joelle” (US, assistente). De internationale orthopedische equipe van juli 2011 aan de ingang van het operatiekwartier.

AZ Nikolaas sportelt ook in 2012!!!



Na onze succesvolle deelname aan de Antwerp Ten Miles in april 2011 plannen we voor 2012 zelfs twee activiteiten:

- Een nieuwe deelname aan de **Antwerp Ten Miles** op 22 april 2012!
- De fietsers onder ons gaan massief de **Mont Ventoux** bestormen in juni 2012!

Voor beide evenementen worden de nodige trainingsmomenten georganiseerd.

Hebt u Interesse?

Uiteraard! Meldt u dan vlug bij patricia.walrave@aznikolaas.be. U ontvangt dan alle verdere informatie via e-mail.

Vanwege de sportelgangmakers!

dr. Frank Thiessen, dr. Anne-Marie Verbruggen, dr. Hendrik Paul Wynant, apr. bioloog Geert Mistiaen, dr. Herman Van de Vyver, dr. Guido Spanoghe, dr. Koen De Mulder

Opstart nieuw intern bewegwijzeringsysteem

Stratensysteem brengt duidelijkheid



Ziekenhuizen en zorginstellingen kennen dagelijks grote bezoekersstromen. Zowel patiënten, bezoekers, huisartsen, als leveranciers en vertegenwoordigers zoeken hun weg in de vaak ingewikkelde structuur van een ziekenhuis. Het doel van een efficiënt bewegwijzeringsysteem is dan ook om de belangrijkste bezoekersstromen zo te begeleiden dat men zelf de weg vindt, zonder een toevallige voorbijganger de 'weg' te moeten vragen. Een efficiënt bewegwijzeringsysteem moet eenvoudig en gebruiksvriendelijk zijn.

Waarom?

In januari 2012 zal het AZ Nikolaas, een fusie van het AZ Maria Middelaars en het AZ Waasland, vijf jaar bestaan. Naast de perifere campussen in Beveren, Hamme, Sint-Gillis-Waas en Temse beschikt het ziekenhuis over twee sites in Sint-Niklaas. Deze twee locaties, weliswaar verbonden door een brug over de Hospitaalstraat en op wandelafstand van elkaar, maken het voor patiënten en bezoekers vaak complex om de weg te vinden. Beide sites bestaan uit meerdere 'blokken' die in de loop der jaren werden bijgebouwd en werden daarnaast ook nog met een ander type bewegwijzering uitgerust. Niet evident.

De voorbije jaren werd er hard gewerkt aan de integratie van beide sites. Het samenvoegen of opstarten van diensten en het centraliseren van acute zorg in site Moerlandstraat en planbare zorg in site L. De Meesterstraat mag voor insiders dan wel een duidelijkere structuur brengen, voor patiënten en bezoekers blijft het een doolhof. Ondanks de geleverde inspanningen om bij elk apart bouwproject de bewegwijzering te optimaliseren bleef het resultaat ontoereikend.

In 2010 werd er de beslissing genomen om over te schakelen op een nieuw, uniform bewegwijzeringsysteem voor beide sites. Na een behoefteanalyse en een studie van de verschillende beschikbare systemen werd er gekozen voor het 'stratensysteem'.

Stratensysteem

Elke afdeling, consultatie of wachtkamer van campus Sint-Niklaas zal in de toekomst in een bepaalde straat gelegen zijn. De patiënt of bezoeker ontvangt bij aankomst in het ziekenhuis (ingang Moerlandstraat of ingang L. De Meesterstraat) een straatnummer waarna door middel van een doordachte aanduiding de weg naar de juiste straat (afdeling) gevolgd kan worden. De nieuwe kamernummering is een afgeleide van het stratensysteem, deze zal bestaan uit vijf cijfers waarbij de eerste drie cijfers het straatnummer aangeven en de laatste twee het kamernummer.

Aan beide hoofdingangen zal een overzichtsbord hangen waarop bezoekers ook zelf het corresponderende straatnummer bij de gezochte afdeling kunnen opzoeken.

Een niet onbelangrijk voordeel van dit systeem is het beperkte onderhoud. Vermits er geen namen van afdelingen meer gebruikt zullen worden op de verwijsbordjes in de gangen, moeten de bordjes ook niet vervangen worden bij een interne verhuis. Enkel de bordjes aan de afdeling zelf moeten dan vervangen worden én de aanduiding op de centrale overzichtsborden uiteraard.

Implementatie

De implementatie van dergelijk bewegwijzeringsysteem binnen een groot ziekenhuis is niet zo vanzelfsprekend. Integendeel, naast de praktische kant van de zaak, het verwijderen van alle oude bewegwijzering en het bevestigen van de nieuwe bewegwijzering, is er ook het technologisch aspect. Allerhande onderliggende informaticasystemen zijn afgestemd op de oude afdelingsnamen en kamernummers en moeten bijgevolg aangepast worden.

Om praktische redenen wordt de implementatie in twee fases opgedeeld:

- **Fase 1: Implementatie stratensysteem**

Midden december wordt in heel campus Sint-Niklaas het stratensysteem in gebruik genomen. Nieuwe bewegwijzeringsbordjes worden opgehangen en oude bordjes worden weggehaald of tijdelijk afgeplakt. Patiënten en bezoekers zullen naar een straatnummer verwezen worden.

- **Fase 2: Nieuwe kamernummering**

Begin januari worden de kamernummers aangepast, zowel fysiek op de kamerbordjes als in de informaticasystemen.

Meer informatie?

Kenny Vonck
Projectmanager
kenny.vonck@dcservices.be

Cardiologie: een succesverhaal?

dr. Francis Ruys



Sinds mensenheugenis liggen hartziekten in pole position als doodsoorzaak. En het ziet er niet naar uit dat ze die snel zullen afstaan. Iedere seconde wordt op deze aardbol iemand getroffen door een hartinfarct. Iedere twee seconden overlijdt iemand eraan.

Talrijke pioniers hebben zich ingezet om deze trend om te buigen. In 1967 voerde de charismatische Argentijn Favoloro de eerste bypassoperatie uit. Tien jaren later, in 1977, waagde de gedreven Duitser Grüntzig zich aan de eerste ballon-dilatatie van een kransslagader. Beide technieken vonden elkaar in een win-win situatie, ook voor de patiënt. Technologie werd spijttechnologie. Bypasschirurgie kan nu zonder hart-long machine en de ballonnetjes kregen veerkracht.

Maar de geschiedenis van de cardiologie telt ook donkere bladzijden. Er is de CAST story. Twintig jaren terug gaven we medicamenten om extrasystolen, die bij monitoring worden aangetroffen, op te kuisen. Tot de CAST studie toonde dat

die aanpak de mortaliteit (bij infarctpatiënten) verdubbelde. Misvattingen over het uiteindelijke effect van een medicament zijn niet nieuw. Het perfecte medicijn bestaat niet en patiënten zijn vaak bereid om een klein risico te lopen in de hoop op therapeutische winst. Toch zijn de Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) en het Europese Geneesmiddelen Agentschap (EMA) onvoldoende bemand om de 'positive risk-benefit ratio' van elk nieuw geneesmiddel te achterhalen.

Ook John Darsee heeft een plaats op de donkere bladzijden. Deze briljante cardioloog verzon heel wat publicaties in de kelders van Harvard. Daar geldt het adagium: 'Publish or perish'. Tussen 1900 en 2005 verschenen 38 miljoen medische artikels. De intellectuele nieuwsgierigheid van de onderzoeker heeft in die tijdspanne plaatsgemaakt voor een meedogenloze strijd om subsidies, beurzen en sponsoring. Is er nood aan meer wetenschappelijk onderzoek om de noden van deze wereld te lenigen? Of geven we de wetenschap terug aan verlichte geesten en creëren we een omgeving waarin belangrijke ideeën daadwerkelijk doorstromen?

De derde genomineerde op onze donkere bladzijden is Sievert, de Zweedse fysicus, die zijn naam verbond aan de eenheid van stralingsdosis. De stralingsbelasting van onze scanners en isotopenonderzoeken is problematisch geworden. Nu ongeveer 10% van de Amerikaanse bevolking jaarlijks in een scanner belandt, becijferden wetenschappers dat dergelijke ioniserende belasting bij 1 à 2 % van de bevolking verantwoordelijk kan zijn voor het verschijnen van een maligne proces. Ook voor kanker is preventie primordiaal en onderbenut.

Wat rest intussen van onze geroemde intellectuele vrijheid?

Budgetten stelden paal en perk.

Guidelines overspoelden ons, maar doen gelukkig geen afbreuk aan het eindoordeel van de individuele arts.

Bedenkelijker zijn de performance measures – kwaliteitsindicatoren – die ons in een keurslijf wringen of ons met een schuldgevoel opzadelen. Zij zijn gebaseerd op een aantal sofismen zoals 'meer behandeling is betere behandeling' of 'de patiënt wordt beter als een labo-parameter beter wordt'. Ook wanneer studies het tegendeel aantonen (men leze er de Accord studie bij diabetespatiënten op na) zoekt de medische wereld argumenten om resultaten, die tegen de haren instrijken, te negeren.

Gerandomiseerde studies hebben ongetwijfeld beperkingen. Zij includeren vaak 5 tot 10 % van potentiële kandidaten. Maar in de dagdagelijkse praktijk behandelen wij ook de overige 95 %.

Onze technologische hulpmiddelen maken van ons maar middelmatige Harry Potters. Een coronarografie geeft een mooie anatomische momentopname van het hart, maar voorspelt niet op welke plaats en welk tijdstip het volgende infarct zal toeslaan. Vaak is dit op een kransslagader die er niet bedreigd uitziet. Niet verwonderlijk dat stents en bypassen, bij een stabiele patiënt, niet superieur zijn aan een medicamenteuze aanpak.

De overheid hoopt dat de informatica ons te hulp schiet. Dat de digitale duvel-doet-al het aantal onnodige procedures en foutieve diagnoses zal helpen verminderen. En de kostenexplosie een halt zal toeroepen.

Want onze fee-for-service geneeskunde is geëvolueerd naar een medisch bedrijf, waarin ziekten en pathologieën als een opportuniteit worden gezien. Om van dit medisch bedrijf opnieuw een zorgende gilde te maken, volstaat het niet om de eed van Hippocrates af te leggen.

Hoe oogt de eindbalans? Tussen 1980 en 2000 daalde de mortaliteit door hartziekten met 40% en deze trend zet door. Voor één derde is die daling het gevolg van een betere behandeling (secundaire preventie) van de hartpatiënt, die gemiddeld zeven jaren wint bij een vermeden sterfte. Maar meer dan de helft van de daling wordt gerealiseerd door primaire preventie in de bevolking (rookstop, dieetmaatregelen, correctie van hypertensie) en wanneer zo een overlijden voorkomen wordt, kan het surplus oplopen tot 20 extra jaren.

Onze gezondheidszorg kan maar overleven als we preventie op het voorplan plaatsen. Op een gebalanceerde manier. Want 'trop is teveel maar peu is te weinig'. De beruchte J-kurve geldt niet alleen voor alcohol, maar (sinds een geruchtmakende Leuvense studie) ook voor zout. Het wispelturige hart heeft nog lang niet al zijn geheimen prijsgegeven, maar cardiologie is ontegensprekelijk een succesverhaal.

Sprokkels uit een lezing op 28 mei naar aanleiding van de opening van de nieuwe CCU-NCU.