

Infusie

- 04** Operatiekwartier site L. De Meesterstraat
- 06** Infusie sprak met: Annemie Meganck & Ine De Kimpe - Apotheek
- 12** Intern reanimatiebeleid AZ Nikolaas
- 18** Bouw nieuwe campus Beveren in de startblokken

18

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas



Jaargang 5 - nr. 18
juni - juli - augustus 2012
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 2350 exemplaren.

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER:

Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1
9100 Sint-Niklaas

REDACTIERAAD:

Dr. Sandra Demuyne
Prof. Dr. Philippe Duyck
Koen Michiels
Natalie Nevelsteen
Dr. Philip Nieberding
Dr. David Van Der Planken
Dr. Pascal Van Ranst
Dr. Leo Verguts

WERKTEN MEE:

Henk Cuvelier
Patrick Goormans
Carl Haentjens
Dr. Jean-Pierre Moeyersoons
Danny Noens
Dr. Francis Ruys
Kimber Van Cotthem
Dr. Isabelle Vande Broek
Karlien Van de Velde
Dr. Karin Van Poucke
Erik Vlaminck
Dr. Heidi Woestenborghs

VORMGEVING:

Dienst communicatie AZ Nikolaas

ILLUSTRATIES:

Tania Bauwens
Henk Cuvelier
Dirk De Maeyer
Alex Deyaert
Natalie Nevelsteen
Dr. Philip Nieberding
Dr. Francis Ruys

Edito	3
Operatiekwartier site L. De Meesterstraat: Fase I en II afgerond	4
Hematologisch beeld	5
Infusie sprak met: Annemie Meganck & Ine De Kimpe	6
AZ Nikolaas evalueert patiëntenlounge	11
Intern reanimatiebeleid: introductie van automatische externe hartdefibrillatoren	12
AZ Nikolaas neemt skillslab in gebruik	14
Dag van de Zorg	15
Hematologisch beeld	16
Nieuwe gezichten	17
Campus Beveren: Bouw nieuw ziekenhuis in de startblokken	18
Wegwijs in de wet patiëntenrechten	20
Pensioen dr. Gilbert Defrancq	23

Agenda

06 oktober

Symposium: Het geriatrisch brein in een notendop

13 oktober

Symposium: Van huilende baby tot huilbaby...

24 november

Symposium: Thoracale oncologie

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

Edito



Beste collega's

In een vorig voorwoord refereerde ik naar de noodzaak kritisch en constructief stil te staan bij hoe het verder kan en moet met onze gezondheidszorg en vertolkte ik de angst dat politici kansen zullen laten voorbijgaan om moedige en juiste beslissingen hieromtrent te nemen.

Ondertussen waaide evenwel wat stof op door de artikels van een kwaliteitskrant gepubliceerd onder de noemer 'Het ziekenhuisrapport'.

In ons ziekenhuis pleiten we onverdroten voor het stimuleren van kwaliteit van zorg, altijd en overal. Het behalen van een accreditatie als ziekenhuis, als organisatie, is daartoe een must. Dit zal leiderschap op alle niveaus vragen, vooral op de werkvloer. Management van mensen en van middelen en vooral managen van processen en zorgprocessen.

Zo wil ons ziekenhuis voluit gaan voor het behalen van een accreditering en zo zichzelf verplichten om op cyclische wijze haar werkwijze te evalueren en te verbeteren.

Voor een nieuw beleid moeten we immers vertrekken vanuit de kern, en dat is de zorg voor en rond onze patiënt.

Gelukkig kunnen we ons verheugen in de publicatie van de federale minister van sociale zaken en volksgezondheid waarin gewag gemaakt wordt van de hervorming

op het vlak van diagnose en behandelen van cardiale pathologie.

Geheel volgens de verwachtingen zal dit ons toelaten om interventionele cardiologie in ons ziekenhuis te kunnen uitvoeren en dit in samenspraak met een borgend moedercentrum. Technisch spreekt men hier van het laten uitvoeren van B1/B2 activiteiten in het Waasland door eigen cardiologen. Praktisch komt het hierop neer om specialistische dringende cardiale zorg dichterbij onze bevolking te brengen. De intentie is duidelijk dat de federale overheid stelt dat er nieuwe centra voor interventionele cardiologie kunnen bijkomen. Het is nu wachten op de uitvoeringsbesluiten van de Vlaamse regering om dit federaal KB te laten ingang vinden.

Wie deze tekst heeft doorgenomen kan alleen maar vaststellen dat medische inzichten en reële patiëntennoden coherent in een KB konden worden gegoten. Ook in dit zorgprogramma wordt expliciet geadviseerd om kwaliteitsvol, met handboek, met taakverdeling, met echelonnering en met een juiste patiëntenregistratie om te springen. Dit is de weg die we met zijn allen op moeten gaan. Hopelijk volgt nu snel de realisatie van deze goede voornemens en plannen. Het woord is nu nog aan Vlaanderen.

In een column van De Tijd schreef Wouter de Geest op 20 juni 2012 als voorzitter Industrieraad: 'Snelheid, geïntegreerde aanpak en uitmuntendheid zijn sleutels om te kunnen winnen'.

Laat ons die ambitie hebben.

Prof. Dr. Philippe Duyck
Medisch directeur

Operatiekwartier site L. De Meesterstraat

Fase I en II afgerond



Het AZ Nikolaas beschikt momenteel, verspreid over de twee sites op de centrale campus, over 16 OK-zalen. Binnen operatiekwartier 2 (site L. De Meesterstraat) werd recent fase I en II van de uitbreidings- en renovatiewerken opgeleverd: twee bijkomende operatiezalen en een totaal vernieuwde recovery werden in gebruik genomen. Het concept werd uitgewerkt binnen de multidisciplinaire werkgroep Infrastructuur OK en een daaraan gekoppeld projectteam.

De twee nieuwe OK-zalen zijn ingericht met de meest moderne technologieën en apparatuur; zoals een digitalisatieplatform, mobiele pendels waar de medische toestellen op gepositioneerd en/of gekoppeld worden, een degelijk luchtbehandelingssysteem, gemotoriseerde operatietafels en LED-operatielampen. Tevens werden nieuwe targetcontrolled anesthesietoestellen en een vernieuwd hemodynamische monitoringsconcept geïntroduceerd, dewelke volgens een gefaseerd meerjarenplan uitgerold zullen worden over alle centrale en perifere operatiekwartieren.

Voor het bepalen van de exacte inplantingslocaties en opstelling van de inrichting, werd rekening gehouden met de workflow, logistieke trajecten, ergonomie, ziekenhuishygiënische aspecten, ... De muurwanden zijn voorzien van "loodafscherming", zodat deze ook geschikt zijn om de recentste peroperatieve beeldvormingstechnieken te gebruiken binnen



deze nieuwe zalen. Tot slot werd binnen het nieuwe OK-complex ook een specifieke herstel- en nazichtruimte gecreëerd voor medische toestellen, extern toegankelijk voor techniekers. Binnen de recovery werd het aantal patiëntenposities uitgebreid van 8 naar 18, waaronder een aparte kinderrecovery met 4 posities. Tevens werd binnen de recovery volgens een flexibel concept een zone preferentieel ingericht en uitgerust voor de preloco-regionale anesthesie.

Taakverdeling per operatiekwartier

Tussen de 2 operatiekwartieren op de centrale campus bestaat een duidelijke verdeling van specialismen. Operatiekwartier 2 zal zich volledig richten op orthopedie, NKO, kinderchirurgie en

oftalmologie. In tussentijd zal ook de plastische heelkunde plaatsvinden binnen OK 2 om dan na de verbouwwerken terug naar OK 1 (site Moerlandstraat) overgebracht te worden, waardoor de finaliteit qua spreiding chirurgische disciplines gerealiseerd wordt.

Kindvriendelijkheid



Binnen het vernieuwde operatiekwartier en recovery werden alle aspecten van kindvriendelijkheid meegenomen. Primair kan via een lift aansluiting gevonden worden met de op het gelijkvloers gelegen Kinderafdeling en het Kinderdagziekenhuis. Er is een aparte op maat van kinderen ingerichte wachtruimte met voorbehouden toegang naar het operatiekwartier, alsook naar de kinderrecovery. Ouders worden met hun kind opgehaald door een OK-medewerker en kunnen tot in de OK-zaal hun kind begeleiden. Postoperatief worden kinderen gemonitord in een auditief en visueel afgescheiden kinderrecovery, die volledig in functie van onze jongere patiëntjes gemodelleerd werd. Ook hier kunnen ouders aanwezig zijn bij het ontwaken van hun kind.

Verdere fasering

Momenteel zijn we nog niet aan het eindpunt van de werken. De 5 bestaande OK-zalen worden gerenoveerd en aangepast in functie van de noden anno 2012. Zo worden zaal 1 en 2 volledig gestript en gerenoveerd. Eindplaatje zijn 2 OK-zalen volgens hogerop beschreven concept, waarin tevens laminaire airflow ten behoeve van prothesechirurgie voorzien wordt.



Zalen 3 en 4 die de dag van vandaag reeds voorzien zijn van een laminair airflowconcept, krijgen een grondig nazicht en hervaldatie op niveau van technieken. Tevens worden de zalen dan ook geüpgraded en/of voorzien van de essentiële randvoorwaarden (vb. netwerk,...), zodat ze ook reeds gemodelleerd zijn voor de toekomst. Alsook wordt hier de fysisch verankerde medische uitrusting hernieuwd (bv. OK-lampen en OK-tafels). Zaal 5 zal geheroriënteerd worden in functie van de oftalmologische chirurgie. Deze zaal zal voorzien worden van een aparte ingang en wachzone buiten de reguliere flow van OK-patiënten, die een directe aansluiting vindt met het chirurgisch dagziekenhuis. Binnen het dagziekenhuis bestaat reeds een lounge, waar patiënten van op een operatiezetel naar en van het operatiekwartier (terug)gebracht worden.

De eindplanning richt zich naar het najaar 2012. Het zal een huzarenstukje worden om alle fasen tijdig af te ronden, doch we proberen alle actoren scherp te houden om deze timing aan te houden.

Namens het projectteam:

Dr. Philip Nieberding
Medisch Operationeel directeur
philip.nieberding@aznikolaas.be

Erik Vlaminck
Procesmanager corebusiness
erik.vlaminck@aznikolaas.be

HEMATOLOGISCH BEELD

Een 24-jarige patiënt met voorgeschiedenis van Ziekte van Crohn, onder controle met Remicade (Infliximab), vertoont cervicale adenopathieën. Bij bloedonderzoek is er een positieve EBV Ig M serologie en acute Mononucleosis Infectiosa wordt gediagnosticeerd. Verder labo-onderzoek is negatief.

Vier maanden later consulteert de patiënt met nog meer uitgesproken gezwollen halsklieren, ook vermagering, nachtzweeten en koorts tot meer dan 40° C.

Waarom denkt u?

- Persistierend viraal syndroom
- Lymfoom
- TBC of atypische mycobacterien

Lees de diagnose op blz. 16

Infusie sprak met...

Annemie Meganck & Ine De Kimpe Apotheek

Na een carrière van 35 jaar neemt Annemie Meganck, apotheker hoofd van dienst, afscheid van de ziekenhuis-apotheek. Ze geeft de fakkel door aan Ine De Kimpe. Samen met Annemie en Ine blikt Infusie terug op de grote evolutie die de ziekenhuisfarmacie onderging en kijken we welke grote uitdagingen er de komende jaren op het programma staan voor apothekers.

Mevr. Meganck, u gaat binnenkort met pensioen. Kunt u kort schetsen hoe uw carrière in het Waasland is verlopen?

Annemie Meganck: Om een parcours van 35 jaar kort samen te vatten: in 1977 ben ik als een van de eerste apothekers met specialisatie ziekenhuis in België gestart in De Pelikaan in Temse, waar ik meer dan 20 jaar werkzaam was als enige apotheker, dus als apotheker-titularis. In 2000, twee jaar na de fusie met AZ Maria Middelaars, ben ik dan verhuisd naar Sint-Niklaas om er apotheker hoofd van dienst te worden.

Hoe heeft u de ziekenhuisfarmacie in die lange periode zien evolueren?

Annemie Meganck: De ziekenhuisfarmacie is geëvolueerd van een ambachtelijke naar een hoogtechnologische discipline. In de beginjaren was er bijvoorbeeld geen pc. We noteerden alles op fiches, typten en rekenden alles zelf uit. Er was ook nog geen sprake van totale parenterale nutritie (TPN) of oncologische bereidingen. In Temse ben ik begonnen met de bereiding van eigen TPN in een LAF-kast waarbij aminozuren, vetten, enz. gemengd werden. Ook met de eerste oncologische bereidingen ben ik toen gestart. Toen ik begon waren er in vele ziekenhuizen nog geen ziekenhuisapothekers. Er was wel een depot met medicatie dat 1 maal per week gecontroleerd en bevoorrad werd door een extramuros apotheker. In de beginjaren was het, in vergelijking met nu, primitiever en kleinschaliger. Maar die kleinschaligheid bracht ons heel dicht bij de artsen en verpleegkundigen. We maakten deel uit van één grote equipe. De dag van vandaag is de situatie heel anders: de pc is niet meer weg te denken. Bij de centralisatie van de ziekenhuisapotheek op het facilitair platform zullen we weer een grote stap richting verdere automatisering zetten.

Op welke verwezenlijkingen kijkt u met genoegen terug? Zijn er bepaalde zaken die u niet heeft kunnen realiseren?

Annemie Meganck: Een mooie uitdaging was de inrichting van een volledig nieuwe apotheek in het toenmalige nieuwe ziekenhuis in Temse. Dat was de start van een heel aangename periode. Samen met dr. Luc Van Duffel, de eerste anesthesist in het ziekenhuis, heb ik de geneesmiddelen distributie georganiseerd. Heel wat procedures, onder andere voor de sterilisatie van het operatiekwartier, ziekenhuishygiëne, omkleedprocedures en

dergelijke, zijn toen op punt gesteld. In 1997 hadden wij in Temse reeds een volledig formularium in samenspraak met de artsen. Het antibioticabeleid stond op punt. Wij hadden zelfs speciale voorschriften voor bepaalde antibiotica. Na de fusie met AZ Maria Middelaars kreeg ik als opdracht om alle centrale sterilisaties op 1 leest te schoeien. Samen met o.a. dr. Callaert, ziekenhuishygiënist en Ludwig Van de Voorde, hoofdverpleegkundige sterilisatie, zijn allerlei procedures uit de grond gestampt. De centrale sterilisatie werd onafhankelijk van het operatiekwartier. Wij waren toen heel avant-gardistisch, geen enkel disposable werd nog gehersteriliseerd.

In 2000 werd samen met de nieuw aangeworven apothekers Katrien Blauwhoff en Ine De Kimpe en de vroegere equipe Thérèse Van der Keilen, Trees Biltris en Mark Dejongh de apotheek gereorganiseerd. Systematisch werden nieuwe jonge apothekers aangeworven. Nieuwe procedures werden opgesteld en de eerste oncokasten werden geplaatst. Kort voor de fusie hebben alle apothekers van het AZ Waasland en het AZ Maria Middelaars samen met een externe consultant een boek neergelegd met als titel *'Design voor een nieuwe ziekenhuisapotheek'*. Op dit document vallen we nog regelmatig terug als een project verdedigd moet worden.

Ik voel mezelf een 'lucky woman'. Onze generatie is van nul begonnen en kon de dienst uitbouwen en geleidelijk groeien. Jongere mensen hebben het moeilijker, de ziekenhuisfarmacie is complexer geworden. Ik ben ook blij dat ik nog mee de klinische farmacie of met andere woorden de farmaceutische zorg in het AZ Nikolaas heb kunnen opstarten. U vraagt naar een teleurstelling? Het niet kunnen finaliseren van de fusie misschien. Maar dat geef ik met plezier door aan mijn jonge opvolgers. Ik zie het zo: Mozes heeft het beloofde land gezien, Aaron heeft het volk binnengeleid. Alle gekheid op een stokje, ik heb gedurende mijn ganse loopbaan een boeiende tijd beleefd.

U behoort tot de eerste generatie echte ziekenhuisapothekers. Bestond er toen al een specifieke opleiding tot ziekenhuisapotheker?

Annemie Meganck: Inderdaad, ik ben afgestudeerd bij de eerste lichting van een eerste voltijds opleidingsjaar tot ziekenhuisapotheker. De opleiding tot ziekenhuisapotheker is nu een master na master geworden die je aan elke Vlaamse universiteit kan volgen,



Annemie Meganck

"In de beginjaren was het, in vergelijking met nu, primitiever en kleinschaliger, maar die kleinschaligheid bracht ons heel dicht bij de artsen en verpleegkundigen. We maakten deel uit van één grote equipe."

maar toen was deze opleiding enkel te volgen in Gent. Een twaalftal collega's zijn dat jaar afgestudeerd. Daarvoor kon je ziekenhuisfarmacie enkel bijstuderen via zaterdag- en avondonderwijs. Ziekenhuizen met meer dan 300 à 400 bedden hadden wel al een ziekenhuisapotheker, kleinere ziekenhuizen nog niet.

Evolueert de ziekenhuisfarmacie naar deelspecialisaties?

Annemie Meganck: Ik denk het wel. De oudere generatie was nog in de mogelijkheid om de totaliteit te overzien, maar het overzicht behouden wordt hoe langer hoe moeilijker. Je kunt niet alles even goed kennen. Toch wordt van ons verwacht dat we een algemene kennis behouden voor tijdens onze wachtdiensten.

Mevr. De Kimpe, u neemt de fakkel over, welke veranderingen verwacht u nog in de toekomst? Zijn er bepaalde aspecten van de ziekenhuisfarmacie waarop u wil focussen? Wat zijn de prioriteiten van uw beleidsplan?

Ine De Kimpe: Door plaatsgebrek is de fysieke fusie van beide apotheken in Sint-Niklaas tot op heden nog niet kunnen doorgaan. Uiteraard werden er in de voorbije jaren al heel wat procedures gelijkgeschakeld, wat we reeds konden fusioneren is gefu-

sioneerd. De oncologische bereidingen zijn gecentraliseerd in de cleanroom in site L. De Meesterstraat, waar de oncologische afdeling gelegen is en voor de bereidingen werd een beurtrol uitgewerkt waar medewerkers van beide sites aan deelnemen. Alle productie (magistrale bereidingen, bereiding van TPN,...) werd gecentraliseerd in site Moerlandstraat. De geneesmiddelen-distributie wordt echter op elke campus nog door de eigen ploeg georganiseerd. Elke campus heeft namelijk zijn eigen kenmerken. Bij site Moerlandstraat ligt de focus meer op acute zorg terwijl dat bij site L. De Meesterstraat eerder chronische zorg is, en dat beïnvloedt ook ons werk. Acute zorg vraagt een meer dringende levering, bij chronische zorg is de bevoorrading minder frequent maar is wel het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift al meer doorgevoerd. Deze scheiding van de distributie loopt echter op haar laatste benen. Op korte termijn hoop ik dan ook op een vlotte fusie van de ziekenhuisapotheken en een snelle verhuis naar het facilitair platform in de Pachtgoedstraat. De apotheek zal hierbij verder geautomatiseerd en gerobotiseerd worden. Het automatisch picken, verpakken en distribueren van medicatie zullen, samen met de verdere uitrol van het elektronisch voorschrift, een belangrijke kwaliteitsverbetering betekenen en ook de patiëntveiligheid ten goede komen. We zien de verhuis dan ook als een nieuwe start en een kans om alles te evalueren en te herdenken met nog meer nadruk op kwaliteit. Er zal gewerkt worden met leveringen per patiënt voor 24 uur, hetgeen een duidelijke kwaliteitsverbetering voor de verpleegkundigen zal betekenen. Medicatie zal individueel worden verpakt met daarop een barcode, uniek voor de patiënt, die moet worden gescand door de verpleegkundige. Het scannen zal ook worden gekoppeld aan de facturatie zodat ook dit automatisch zal gebeuren. Automatisering maakt dat personeel ook meer kan worden ingezet voor andere zaken zoals interne kwaliteitszorg.

Automatisering lijkt heel mooi en is zeker de toekomst, maar wat bij pannes?

Ine De Kimpe: Automatisering en robotisering hebben inderdaad ook hun zwakke schakels. Je moet je hierop zoveel mogelijk voorzien door het gebruik van noodcircuits, beveiliging van de software, het nemen van back-ups,... Daarnaast moet manuele picking mogelijk blijven.

Annemie Meganck: In de praktijk zal de informatica van de robot communiceren met de informatica van de apotheek. Een vereiste is dat binnen de robotinformatica regelmatig back-ups genomen worden.

Ine De Kimpe: Andere mogelijke processen die het systeem in de war zouden kunnen sturen zijn elektrische pannes en netstroompannes. We merken gelukkig dat ook hard- en softwareleveranciers meer en meer nadenken over hun support bij ernstige problemen.

Verdwijnen de apotheken volledig uit campus Sint-Niklaas?

Ine De Kimpe: Neen, de cleanroom op oncologie blijft ter plekke. Daarnaast komt er één servicepunt in Sint-Niklaas waar iedereen met vragen en problemen terecht kan. Dit wordt ook het aanspreekpunt voor ambulante patiënten o.a. voor de aflevering van medicatie die niet in openbare officina verkregen kan worden. Daarnaast blijven, voor acute situaties, de noodkasten op de diensten en de centrale noodkasten op de campi, waar een voorraad acute medicatie aanwezig is, bestaan. Via medicatiebeheer zal ook, naast de dagelijkse levering van de 24 uurs-ring, op regelmatige tijdstippen worden afgetoetst of er patiënten bijgekomen zijn en of er wijzigingen in de therapie zijn, hetgeen eventuele extra leveringen noodzaakt. Een groot voordeel van de centralisatie op en de bedeling vanuit het facilitair platform is de centrale ligging hiervan. Hieruit vertrekt immers alle logistiek. In de praktijk zal een logistieke medewerker de medicatie, in gesloten karren, rechtstreeks naar de diensten brengen.

Annemie Meganck: Ook de perifere campi worden niet vergeten. In het kader van de uitbouw van de klinische farmacie en farmaceutische zorg is er in Beveren nagenoeg elke voormiddag een apotheker aanwezig op één van de verpleegafdelingen. In Hamme 2 tot 3 keer per week. Met het toenemen van de automatisering verwacht ik ook dat de farmaceutische zorg en de klinische farmacie nog meer zullen worden uitgerold.

Welke specifieke taken heeft een ziekenhuisapotheker in een groot regionaal ziekenhuis? Hoeveel medewerkers telt jullie dienst? En wie is er allemaal werkzaam?

Ine De Kimpe: De apotheek telt 57 medewerkers waaronder 14 apothekers en 3 manamas (master na master, mensen in opleiding). Regelmatig worden stagiairs apothekers en apotheekassistenten opgeleid. Naast de hoofdapotheker zullen er in de toekomst 3 adjunct-hoofdapothekers zijn, 1 front office, 1 back office en 1 verantwoordelijke voor het servicepunt. De back office adjunct wordt o.a. verantwoordelijk voor alles wat op het facilitair platform gebeurt (robotisering, distributie, bereidingen, administratie,...). De front office adjunct zal verantwoordelijk worden voor het meer naar voren treden, uit de apotheek. Dan denken we naast de klinische farmacie ook aan onze bijdragen aan de interne kwaliteitszorg (antibioticabeleid, nutriëbeleid, KINC,...), klinische studies, OK, CSA,... Bij verdere subspecialisatie zullen we trachten zeker rekening te houden met de persoonlijke voorkeuren van onze mensen.

Annemie Meganck: Feitelijk omschrijft het KB van 4 maart 1991 duidelijk de taken van de ziekenhuisapotheker, namelijk alles wat te maken heeft met distributie, productie, administratie, facturatie en rapportering van medicatie in een ziekenhuis. En wat de subspecialisatie betreft: dat is niet altijd eenvoudig. Een aantal taken kan niet zomaar door iedereen gekend zijn. Bijvoorbeeld voor het adviseren met betrekking tot de kwaliteit van de centrale sterilisatieafdeling is een zeer grote technische expertise nodig.

Welke opleiding volgt een klinisch apotheker en wat is zijn/haar rol?

Ine De Kimpe: Sinds enkele jaren maakt de klinische farmacie deel uit van de opleiding tot ziekenhuisapotheker. Nu hebben wij in ons ziekenhuis een klinisch apotheker gefinancierd via de FOD en nog 4 mensen die de opleiding volgen. Momenteel focussen



Ine De Kimpe

"Verdere automatisering en robotisering van de apotheekactiviteiten maakt dat personeel in de toekomst ook meer ingezet kan worden voor andere zaken, zoals interne kwaliteitszorg."

we ons op de diensten Geriatrie en Orthopedie. De klinisch apotheker kijkt bijvoorbeeld na welke medicatie de patiënt krijgt, o.a. via het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift. Interacties worden opgespoord, dosisaanpassingen worden voorgesteld. Indien er onvoldoende informatie beschikbaar is omtrent de thuismedicatie vraagt de klinisch apotheker soms zelf aan de patiënt wat hij/zij allemaal bijheeft bij opname en naar de thuismedicatie. Het kan zelfs nodig zijn navraag te doen bij de apotheker en de huisarts van de patiënt. We geven advies aan de behandelende geneesheer maar voeren zelf geen wijzigingen uit. We stellen ook mee de ontslagbrief op. En indien nodig wordt bij ontslag terug overgeschakeld van het ziekenhuisformularium-geneesmiddel naar het geneesmiddel van de thuissituatie.

Is het de bedoeling om de klinische farmacie in de toekomst op alle verpleegafdelingen uit te rollen?

Ine De Kimpe: Hiervoor heb je voldoende mensen en een ruim budget nodig. Ook de artsen moeten erachter staan. Een aantal diensten is zeker vragende partij.

Annemie Meganck: Via de FOD wordt in het Vlaamse land een project in de klinische farmacie gefinancierd. Oorspronkelijk zijn we gestart op de dienst Cardiologie. We merkten echter vlug dat op deze dienst de meerwaarde hiervan beperkt was. Cardiologen zijn supergespecialiseerd wat hun medicatie betreft. Die kan je hierover niets bijleren. Ook zaten de klinisch apothekers soms wat in het vaarwater van de assistenten cardiologie o.a. met de opname- en ontslagbrieven. We hebben dan onze pijlen gericht op de dienst Geriatrie, waar we met open armen ontvangen zijn.

De geriateren hebben geen assistenten en geriatrische patiënten hebben vaak een hele waslijst geneesmiddelen in te nemen. Ook op de dienst Orthopedie is men blij met de inbreng vanuit de klinische farmacie. Het verder implementeren van het elektronisch voorschrift zal trouwens een deel van de klinische farmacie gedelokaliseerd mogelijk maken.

Hoever staat het met de uitrol van het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift?

Ine De Kimpe: Momenteel zijn er 10 afdelingen uitgerold, voornamelijk geriatrische afdelingen. Een elektronisch voorschrift dient aan dezelfde criteria te voldoen als een handgeschreven voorschrift. Zo zijn we momenteel nog niet in staat om dit voorschrift elektronisch te laten handtekenen door de arts, waardoor zij nog uitgeprint moeten worden om achteraf ondertekend te worden. De afwezigheid van een elektronische handtekening en problemen rond tijdige validatie zijn momenteel een grote belemmering voor de verdere uitrol. Hier wordt echter aan gewerkt: het zal mogelijk worden om de arts elektronisch te laten handtekenen met behulp van timestamping waarbij alles wordt gelogd en het niet meer mogelijk zal zijn om het voorschrift te wijzigen zonder dat dit gelogd wordt. Deze toepassing vereist wel dat elke individuele arts een contract ondertekent met de apotheek, dienst Informatica en het ziekenhuis. Als alle contracten er zijn kunnen deze doorgestuurd worden naar de overheid en krijgen we het e-healthplatform ter beschikking.

Hoe loopt de samenwerking met de artsen?

Ine De Kimpe: Goed. Via de klinische farmacie is er een nauw contact met de artsen. Ook via verschillende comités zoals het medisch materialencomité (MMC), medisch farmaceutisch comité (MFC), comité voor ziekenhuishygiëne, ... geraken we stillerkes aan geïntegreerd in het medisch corps.

Hoe wordt de ziekenhuisfarmacie eigenlijk gefinancierd?

Annemie Meganck: De ziekenhuisfarmacie wordt meer en meer geforfaitariseerd. Welke impact dat in de toekomst zal hebben op ons budget is moeilijk in te schatten. Voor gehospitaliseerde patiënten is er een geneesmiddelenforfait. Dit is de laatste jaren flink afgenomen. Niet omdat er niet goed geregistreerd wordt in ons ziekenhuis, integendeel, maar door afkalving van het budget door de overheid. Momenteel kan hiervoor nog worden gecompenseerd door kortingen te bedingen bij de leveranciers. Als in de toekomst zal moeten gewerkt worden met openbare aanbestedingen vrees ik echter voor een deficit. De ideale situatie zou volgens mij zijn dat de overheid een voldoende vast budget vastlegt binnen BFM en B5 (het onderdeel dat de werking van de ziekenhuisapotheek dient te financieren) en dat de prijzen van de geneesmiddelen naar beneden gebracht worden naar een correct, vast bedrag. Gelukkig is de ambulante sector nog niet geforfaitariseerd. Deze sector maakt toch ongeveer 30% uit van onze omzet, voornamelijk via het oncologisch dagziekenhuis. Ook de osteosynthesematerialen en implantaten zijn recent meer en meer geforfaitariseerd terugbetaald met als resultaat nog weinig bonus voor het ziekenhuis. Ook hier zou een betere basisfinanciering een uitkomst kunnen brengen.

Ondernemen jullie acties om het geneesmiddelengebruik te doen dalen? Worden er vooral generieken gebruikt in het

ziekenhuis?

Annemie Meganck: Er zijn veel generieken op de markt maar veel artsen zijn daar geen grote voorstander van. Natuurlijk, als de budgetten het verplichten... Uiteindelijk zijn zij even goed als het origineel, zeker de intraveneus toe te dienen generieken zijn equivalent. Ook het geneesmiddelenverbruik trachten we in de mate van het mogelijke mee in goede banen te leiden o.a. via de antibioticabeleidsgroep met recent het project 'Van prikken naar slikken'. Via het medisch farmaceutisch comité (MFC) trachten we mee het beleid te bepalen.

Is er frequent overleg met extramuros apothekers?

Ine De Kimpe: Via het medisch farmaceutisch overleg (MFO) is er overleg met officina apothekers, huisartsen, de hoofdgeneesheer e.a. over bv. de transmurale medicatie-overdracht. Specifiek voor de ziekenhuisapothekers is er de vereniging van ziekenhuisapothekers (VZA) die maandelijks een bijscholing organiseert. Wij zien elkaar zeker niet als concurrenten maar als lotgenoten die elkaar zoveel mogelijk helpen waar nodig. Wij organiseren ook een wachtdienst met een aantal ziekenhuizen uit de regio.

Annemie Meganck: Dit is historisch zo gegroeid wat maakt dat ook de ziekenhuisapothekers van de kleinere ziekenhuizen zoals Lokeren en Bornem nog participeren in de wacht.

Zijn er strenge normeringen omtrent hygiëne?

Ine De Kimpe: Wij werken uiteraard reeds volgens strenge procedures met specifieke veiligheids- en kwaliteitsnormen. Binnenkort zitten de PICS-normeringen er echter aan te komen die nog veel strenger zijn, o.a. met strenge controles van het aantal deeltjes, de temperatuur, de druk, ... Op onze nieuwe lokalisatie zal hier zeker aan kunnen worden voldaan.

Annemie Meganck: Momenteel worden alle specifieke voorschriften nagekeken door een apotheker. Bij twijfel, bijvoorbeeld wanneer het voorschrift moeilijk leesbaar is, wordt de arts gecontacteerd. Ook doen wij regelmatig weegcontroles bij magistrale voorraadbereidingen.

Merken jullie de laatste jaren een stijging in het geneesmiddelenverbruik?

Annemie Meganck: We merken in ieder geval een duidelijke omzetstijging op. Of er gemiddeld genomen, per patiënt dus, een verhoogd geneesmiddelenverbruik is, is moeilijk te zeggen. Er moet bijvoorbeeld ook rekening gehouden worden met het aantal opnames. Het is niet zo eenvoudig om dit allemaal op een correcte manier te correleren. Wat we de laatste jaren wel zien is dat er een zeer sterke toename is van het aantal oncologische bereidingen.

Mevrouw Meganck, welke goede raad wenst u uw opvolgster mee te geven?

Annemie Meganck: Wel Ine, wees vooral jezelf. En ik zou willen eindigen met een spreuk van Einstein: logica brengt je van a naar b, maar verbeelding brengt je overal. Ik wens je veel verbeelding!

Bedankt voor het gesprek en we wensen jullie allebei veel succes!

Dr. Pascal Van Ranst
Dr. Leo Verguts

Vorming op maat van jouw vereniging

BEZOEK DE MAMMOGRAFISCHE EENHEID

De mammografische eenheid van AZ Nikolaas nodigt jouw vereniging uit voor een geleid bezoek.
Dit kan op **maandag 22 oktober 2012** of **vrijdag 26 oktober 2012** in de namiddag.

Er kunnen per dag drie groepen met telkens 10 tot 12 personen deelnemen.
Uren bezoek: 15.30 uur tot 16.00 uur, 16.00 uur tot 16.30 uur, 16.30 uur tot 17.00 uur

Kostprijs: gratis

Tijdens het bezoek biedt de mammografische eenheid de deelnemers een drankje aan.

Inschrijven verplicht vóór 1 september 2012.

E-mail naar eline.dekeulenaer@sint-niklaas.be of bel op 03 760 92 41



Zaterdag 13 oktober 2012:

Symposium: Van huilende baby tot huilbaby...

Zaterdag 13 oktober 2012
KaHo Sint-Lieven - Campus HMM
Hospitaalstraat 23
9100 Sint-Niklaas

De Kinderafdeling en de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het AZ Nikolaas sloegen de handen in elkaar voor een gezamenlijk zorgprogramma ten behoeve van de allerkleinsten, met name de **huilbaby's**. We stellen u dit unieke project, dat een antwoord is op een behoefte waarmee velen in onze sector in aanraking komen, graag voor tijdens ons **symposium op zaterdag 13 oktober 2012**.



Programma

09.00:	Inleiding <i>Prof. Dr. Philippe Duyck - Medisch directeur AZ Nikolaas</i>
09.10:	Voorstelling huilbabyproject AZ Nikolaas <i>Dr. Joke Thys - Kinderarts AZ Nikolaas</i> <i>Dr. Christine Franckx - Kinder- en jeugdpsychiater AZ Nikolaas</i>
09.30:	Samen op zoek naar rust <i>Dr. Marc Raes - Kinderarts - Diensthoofd Pediatrie - Jessaziekenhuis Hasselt</i> <i>Mevr. Leen Coremans - Orthopedagoge - Jessaziekenhuis Hasselt</i>
10.15:	Het zorgaanbod op een pediatrie afdeling bij ontroostbaar huilen: focus op baby's en ouders <i>Hilde Seys - Kinderpsychologe - ZOL Genk, Opleider en supervisor - Centrum Kinderpsychotherapie en Ontwikkelingsgerichte Interventie KUL</i>
11.30:	Huilbabyproject AZ Nikolaas, een samenwerking met de regio <i>Dr. Joke Thys - Kinderarts AZ Nikolaas</i> <i>Dr. Christine Franckx - Kinder- en jeugdpsychiater AZ Nikolaas</i>
12.15:	Slotwoord <i>Huisartsenkoepel Waasland</i>
12.30:	Receptie

Deelname is gratis - Inschrijven vóór 01/10/2012 via: nadinne.schepens@aznikolaas.be

AZ Nikolaas evalueert patiëntenlounge



Binnen AZ Nikolaas wordt er reeds meerdere jaren naar gestreefd om patiënten op de dag van hun ontslag tijdig te ontslagen en hiermee niet meer te wachten tot na 14.00 uur in de namiddag. In het bijzonder in periodes met hoge bedbezetting (voornamelijk in de winter) is het tijdig vrijkomen van bedden capaciteit van belang om reeds in de vroege voormiddag een vlotte doorstroming vanuit de dienst Spoedgevallen te bewerkstelligen.

Voor sommige patiënten is het echter niet evident om reeds tegen 10.00 à 11.00 uur het ziekenhuis te verlaten en dit om diverse redenen; zoals het ontbreken familiale opvang of vervoer. Om deze patiëntenpopulatie op een klantvriendelijke wijze op te vangen en toch gelijktijdig de broodnodige bedden capaciteit tijdig beschikbaar te maken, werd begin februari gestart met een patiëntenlounge, waar ontslagklare patiënten, die geen verdere medisch-verpleegkundige zorgen vergen, op comfortabele en veilige wijze kunnen verblijven in afwachting van hun definitief ontslag uit het ziekenhuis.

Een centraal gelegen lokaal (site Moerlandstraat, eerste verdieping, straat 732) werd door een interieurarchitecte ingericht tot een sfeervolle ruimte, waar patiënten kunnen beschikken over faciliteiten zoals krant, tijdschriften, televisie,... en waar ook koude en warme maaltijden en versnaperingen aangeboden worden. Toezicht wordt gehouden door een zorgkundige, die de patiënten of eigenlijk gasten binnen de lounge het zo

goed mogelijk naar hun zin maakt en waar nodig ondersteuning geeft. De selectie van patiënten geschiedt in nauw overleg met de patiënt en zijn familie, alsook met de behandelende arts, hoofdverpleegkundige van de verblijfsafdeling en de centrale dienst Opnameplanning. Een uitgewerkte patiëntenflyer biedt de nodige informatie aan de familieleden.

Het totale concept is uiterst dynamisch opgevat: de ruimte staat ter beschikking voor pieken in de bedbezetting, de coördinerend zorgkundige behoort tot de mobiele equipe en kan zodoende met de nodige flexibiliteit ingezet worden. Tijdens de voorbije winterpiek bijvoorbeeld was de lounge op weekdagen geopend van 10.30 tot 16.30 uur. Tijdens de zomermaanden blijft een piekbezetting van het beddenhuis doorgaans uit en is de patiëntenlounge gesloten. De eerste try-out vorige winter werd gunstig geëvalueerd en de patiëntenlounge zal opnieuw geopend worden als de bedbezetting hierom vraagt.

Dr. Philip Nieberding
Medisch operationeel directeur
philip.nieberding@aznikolaas.be

Danny Noens
Procesmanager departement verpleging
danny.noens@aznikolaas.be

Intern reanimatiebeleid AZ Nikolaas

Introductie van automatische externe hartdefibrillatoren

Met de introductie van automatische externe hartdefibrillatoren (AED's) wil het AZ Nikolaas zijn reanimatiebeleid verder aanscherpen. Dit enerzijds door de interne reanimatieteams van draagbare AED's (in een rugzak) te voorzien die in afwachting van de crashcar de reanimatie kunnen opstarten. En anderzijds door op meerdere centrale locaties in alle campussen van het ziekenhuis AED's te voorzien om zo de interventietijd tot een absoluut minimum te beperken.

Verpleegkundigen dienen enerzijds vertrouwd te zijn met de aangeleerde reanimatietechnieken en moeten anderzijds op een laagdrempelige wijze een beroep kunnen doen op de daarvoor voorziene materialen. De paar minuten die verloren kunnen gaan totdat een intern aangestuurd reanimatieteam ter plaatse is, zijn van cruciaal belang. Bij elke gewonnen minuut en seconde, neemt de procentuele kans op overleving en herstel toe.

Het aanwenden van een (automatische) hartdefibrillator in noodsituaties

Om het hele reanimatiegebeuren opnieuw te bekijken richtte het AZ Nikolaas in 2011, onder het voorzitterschap van de medisch operationeel directeur, een multidisciplinaire resuscitatiegroep op. Rond die periode werden de recentste, in heel Europa aanvaarde richtlijnen uitgevaardigd voor efficiënte hulpverlening bij een acuut hartfalen. Eén van de aanbevelingen luidt dat je levensbedreigende hartritme-stoornissen zo snel mogelijk moet opsporen en behandelen. Het gaat hier dan meer bepaald over ventrikelfibrillatie, waarbij de hartwerking zodanig snel en chaotisch verstoord is dat er geen normale pompfunctie meer is en er ook geen bloedcirculatie meer kan plaatsvinden. Dat leidt al snel tot ernstige onomkeerbare orgaanbeschadigingen (bijvoorbeeld hersenschade,...).

De gebruikelijke behandeling bij zo een levensbedreigende hartritme-stoornis is het toedienen van een elektrische schok. Tot voor enkele jaren terug mocht alleen een arts deze behandeling uitvoeren. Hij beoordeelde en/of diagnosticeerde het hartritme en besliste of een elektrische schok nodig was en onder welke voorwaarden (bijvoorbeeld joules, intervallen,...). In die periode waren er dan ook uitsluitend manuele defibrillatoren op de markt, om deze behandeling tot uitvoer te brengen.

Maar in deze situatie kwam verandering met (parallel) de komst van de automatische defibrillator: een zeer compact toestel dat via een geïntegreerd elektronisch gestuurd systeem het hartritme van de patiënt zeer accuraat (inclusief interferentievrij) en snel analyseert, en op basis van de analyseresultaten (volgens

noodzaak) via een automatische procedure een elektrische schok kan vrijgeven. In deze noodsituaties, wanneer er niet onmiddellijk of in de directe omgeving een arts beschikbaar is, of in afwachting van de komst van het intern reanimatieteam binnen de centrale campus of de MUG voor de perifere campi, vormt het gebruik van zulke automatische toestellen een grote en objectieve meerwaarde.

Eenvoudig te bedienen

Het AZ Nikolaas zag in de automatische defibrillator hét apparaat bij uitstek, om ook niet-medici actief in te schakelen bij acute reanimatie, en om zo reeds belangrijke tijd te winnen. Het toestel geeft gesproken instructies en is zeer eenvoudig te gebruiken. De zorgactor hoeft alleen maar twee disposable "pre connected" kleefelektroden (pads) op de borst van de patiënt te kleven. Daarop zal de defibrillator het hartritme visualiseren en analyseren. Is er volgens het toestel een elektrische schok nodig, dan volgen er auditieve (via stembegeleiding) en visuele instructies om op een welbepaalde activatietoets te drukken, waarna het apparaat een elektrische lading zal vrijgeven.

Deze toestellen kunnen zowel aangewend worden bij kinderen als bij volwassenen, want door middel van een gebruiksvriendelijke sleutel kan er gedifferentieerd worden tussen de voorgeprogrammeerde instellingen of parameters. Er dienen dan ook geen afzonderlijke of diverse types pads meer voorzien te worden voor de verschillende leeftijdscategorieën.

De recent aangekochte toestellen binnen AZ Nikolaas beantwoorden volledig aan de nieuwste richtlijnen toehorend aan de resuscitatie. Zoals bijvoorbeeld een snelle analyse met exclusie van patiënt- en omgevingsgerelateerde interferenties, een snelle oplaadtijd, de automatische zelftest van het toestel en de pads, een meertalenbediening en een metronoom modaliteit. De apparaten zijn eveneens geschikt om in de toekomst eventueel te updaten met een Q-CPR functionaliteit, zodat ook de snelheid, diepte en frequentie van de begeleidende hartmassage visueel, als auditief aangegeven wordt.

Tot slot is het met deze toestellen ook mogelijk om deze als een "manuele defibrillator" te gebruiken, doch omvat deze modaliteit uitsluitend een begrensde basisfunctionaliteit.

Locatie van deze automatische defibrillatoren, en vormgeving van de omkaderingsvoorwaarden

Medio juni 2012 ging dit projectonderdeel concreet van start: 15 automatische defibrillatoren, deden hun intrede binnen de centrale en perifere campi van het AZ Nikolaas. Voor de centrale

(AED)



campus zijn er enerzijds twee toestellen voorzien binnen de dienst Spoedgevallen, om snel te kunnen uitrukken (de toestellen zitten in een rugzak) naar interne reanimatie-interventies op de afdelingen. Anderzijds zijn er een aantal toestellen die ingezet worden binnen de cardiologische consultaties en de cardiogerelateerde verblijfsafdelingen met telemetrie.

Binnen de perifere campussen worden de daarvoor voorziene toestellen en toebehoren in een kast opgehangen, en dit op enkele centrale en permanent toegankelijke interne locaties. Zodat ze aldaar op een laagdrempelige (inclusief visueel bewegwijzerd) wijze bereikbaar zijn voor meerdere omliggende afdelingen en/of consultaties. Dus bijvoorbeeld één toestel voor circa twee à drie verblijfsafdelingen, een consultatiecomplex, een hemodialyse low-care entiteit,...

Er zijn ook overkoepelende procedures uitgewerkt en geïmplementeerd, dit in het kader van het logistieke beheer van het betrokken verbruiksmateriaal (bijvoorbeeld de pads) en het technisch nazicht (bijvoorbeeld via onderhoudscontract, inclusief de opvolging van de batterijstatus,...) van deze toestellen.

Er zijn ook specifieke afspraken gemaakt omtrent het softwarematig uitlezen en analyseren van de geregistreerde gegevens na een reanimatie.

Tot slot wordt het verplegend personeel, via trainings- en of infosessies vertrouwd gemaakt met het nieuwe toestel. Ook de "Basic Life Support" reanimatietechnieken worden tijdens deze sessies herhaald, omdat enkel het gebruik van het toestel niet voldoende is. Er zijn intussen een talrijk aantal zorgactoren, die deze opleiding en/of opfrissing reeds gevolgd hebben. Vermits deze interne vormingen systematisch herhaald dienen te worden, wordt dit traject centraal gecoördineerd en verder opgevolgd vanuit een multidisciplinair CPR-team. Er is recent op de centrale campus in Sint-Niklaas, nabij de dienst Spoedgevallen ook een specifiek opleidingslab ingericht met de aanwezigheid van de benodigde trainingspoppen.

Tot slot

Het aankooptraject van de automatische defibrillatoren (AED's), werd enerzijds geïnitieerd vanuit uitgeschreven reanimatierichtlijnen (2010) op macroniveau. Anderzijds werd dit project

in functie van een meerjarenplanning en budgettaire transparantie samengevoegd met de noodzakelijke vervanging van de bestaande manuele defibrillatoren. De argumentatie tot deze samenvoeging berust op redenen van:

- de leeftijd en status van het bestaande wagenpark;
- een significant financieel (schaalgrootte) voordeel ten aanzien van het aankoopbedrag, dit tengevolge van samenvoeging van de loten;
- de objectieve uniformiteitsvoordelen en/of uitwisselingsmeerwaarden met betrekking tot het verbruiksmateriaal (bijvoorbeeld de pads);
- de implementatie van een proactief meerjarenbeleid inzake bedrijfskritische medische investeringsgoederen, en bijhorende randvoorwaarden (bijvoorbeeld onderhoudscontracten).

Het binnenbrengen van automatische toestellen in een ziekenhuis betekent niet, dat het productsegment van de manuele defibrillatoren volledig geconverteerd kan of zal worden. Deze manueel instelbare toestellen blijven nog altijd noodzakelijk binnen een aantal specifieke diensten, dit ook in functie van advanced toepassingsgebieden (bijvoorbeeld pacing). We denken hierbij aan OK, Recovery, PAZA, Spoedgevallen (reanimatiekar en MUG), Intensieve zorgen, CCU - NCU (inclusief de pacemakerzaal), High-care dialyse en de onderzoeksruimte cardiologie (fietsproef).

Manueel bedienbare toestellen kunnen zowel ingezet worden in BLS als in ALS (Advanced Life Support) toepassingsgebieden. De toestellen beschikken over een beperktere AED-module, doch zijn op een geavanceerde wijze gemodelleerd voor een manuele asynchrone en synchrone defibrillatie. De toestellen zijn eveneens geschikt om een "pacer" te integreren.

Erik Vlamincx
Procesmanager Corebusiness
erik.vlamincx@aznikolaas.be

Carl Haentjens
CPR-coördinator
carl.haentjens@aznikolaas.be

AZ Nikolaas neemt skillslab in gebruik

Reeds jaren worden er binnen ons ziekenhuis heel wat inspanningen geleverd om medewerkers te sensibiliseren rond reanimatie en daarover ook de nodige vorming te geven.

Vanaf heden is er binnen de Spoedgevallendienst een speciaal uitgerust opleidingslokaal in gebruik. Het lokaal biedt niet alleen de mogelijkheid om groepen tot 12 personen te trainen in basisreanimatie, maar is ook uitgerust met het nodige materiaal om de volledige zorg rond een acuut zieke patiënt te simuleren.

MEER INFORMATIE?

Patrick Goormans
Adjunct-hoofdverpleegkundige
Spoedgevallendienst
03 760 62 02
patrick.goormans@aznikolaas.be



18/03/2012

dag v/d ZORG

Zondag 18 maart 2012 vond de eerste editie van de Dag van de Zorg plaats. Tijdens deze grootschalige opendeurdag was de bezoeker in ca. 160 zorg- en welzijnsinstellingen in Vlaanderen welkom.

Ook AZ Nikolaas nam deel en zette onder andere het Revalidatiecentrum, het Pijncentrum, het Diabetescentrum en de consultaties Orthopedie in de kijker. Ook de nieuwe PAAZ (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis) en een infostand met betrekking tot werken in het AZ Nikolaas mochten niet ontbreken.



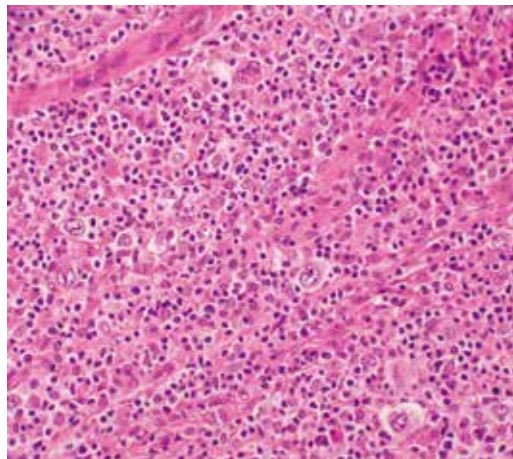
HEMATOLOGISCH BEELD

Labo-onderzoek vertoont volgende resultaten:

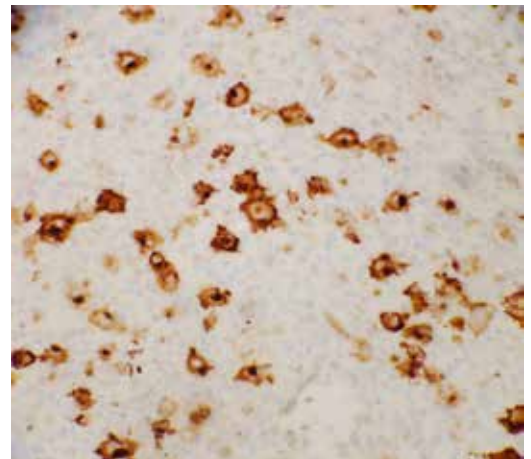
- ESR 38 mm, CRP 7.74 mg/dl
- Sterk gestoorde levertesten:
 - GOT 161 U/l
 - GPT 252 U/l
 - AF 1358 U/l
 - LDH 801 U/l
 - GGT 1646 U/l
- Sterk verhoogde ferritine (4968 µg/l)
- Er wordt een beenmergpunctie uitgevoerd om een EBV geassocieerd hemofagocytair syndroom uit te sluiten. Dit onderzoek is normaal.
- Op CT thorax en abdomen worden adenopathieën, cervicaal, axillair, mediastinaal, retroperitoneaal en inguinaal gezien, samen met hepatosplenomegalie.
- Er wordt een biopsie van een okselklier uitgevoerd waarbij typische Reed-Sternbergcellen aanwezig zijn, passend bij **Morbus Hodgkin**. CD15 en CD30 aankleuring van de Reed-Sternbergcellen bevestigt de diagnose.

Staging en behandeling:

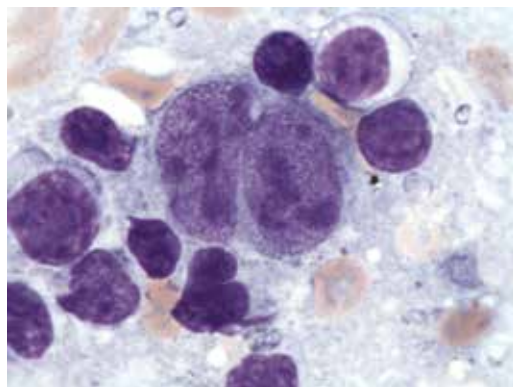
- Staging toont stadium IIIB met B-symptomen onder de vorm van koorts. Prognostische score (Hasenclever) 3, overeenkomstig een progressievrije overleving na 5 jaar van ca. 84% en een overall survival rond 87%.
- De patiënt wordt behandeld met combinatie chemotherapie type ABVD. Een eerste evaluatie na 2 cycli chemotherapie toont reeds een zeer goede respons. De behandeling wordt verdergezet tot een totaal van 6 tot 8 cycli.



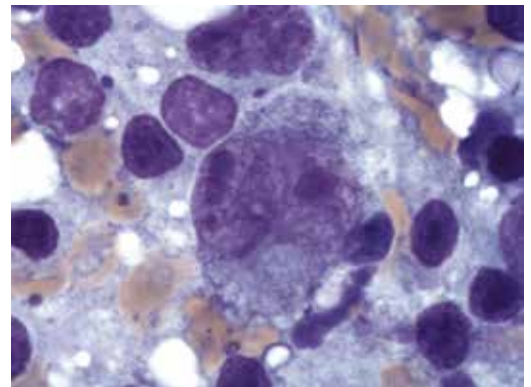
H/E-kleuring van de okselklier: meerdere Reed-Sternbergcellen met op de achtergrond kleine lymfocyten



CD15-kleuring: aankleuren van de Reed-Sternberg cellen



Detail Reed-Sternberg cel



Dr. Isabelle Vande Broek
Hematoloog
isabelle.vandebroek@aznikolaas.be

Dr. Karin Van Poucke
Klinisch bioloog
karin.vanpoucke@aznikolaas.be

Dr. Heidi Woestenborghs
Anatoom-patholoog
heidi.woestenborghs@aznikolaas.be



NIEUWE GEZICHTEN



Dr. Elisabeth Beerens - Laboratorium Anatomico-pathologie

Op 1 mei 2012 startte dr. **Elisabeth Beerens** (°Gent, 1977) fulltime als **anatomico-patholoog** in het AZ Nikolaas.

Dr. Beerens studeerde in 2002 af als arts aan de KU Leuven. Vervolgens heeft zij in het UZ Gent onderzoek verricht omtrent de rol van HPV in cervicale neoplasie. Daar voltooide zij haar opleiding tot klinisch anatomico-patholoog met brede kennis in de algemene pathologie en specifieke interessedomijnen in onder meer cytologie, long-, huid- en hematopathologie.

Dr. Beerens vervoegt de associatie van dr. Deprez, dr. De Pauw en dr. Woestenborghs.



AZ Nikolaas

Zaterdag 6 oktober 2012:

Symposium Geriatrie:

Het geriatrisch brein in een notendop

Programma:

- 08.30: **Ontvangst**
- 09.00: **Verwelkoming** - Prof. Dr. P. Duyck - Medisch directeur AZ Nikolaas
- 09.10: **De verschillende soorten dementie: laatste stand van zaken op vlak van diagnostiek**
Dr. A. Sieben - Neuroloog UZ Gent
- 09.45: **Screent de MMSE de patiënt of de kwaliteit van de aangeboden zorg?**
Dhr. M. Portzky - Neuropsycholoog UZ Gent
- 10.20: **Koffiepauze**
- 10.40: **Plaats van zorgdiagnostiek in de aanpak van dementie bij ouderen**
Prof. Dr. M. Petrovic - Geriater UZ Gent
- 11.15: **Vergeet dementie, onthou de mens: beleving van personen met dementie en het belang ervan voor onze zorg** - Mevr. E. Steeman - Zorgmanager geriatrische zorg AZ Nikolaas
- 11.50: **Getuigenis** - Mevr. R. Joos - Mantelzorg
- 12.20: **Slotbeschouwing** - Dhr. K. Michiels - Algemeen directeur AZ Nikolaas
- 12.30: **Receptie**

Doelgroep:

Huisartsen, arts-specialisten, verpleegkundigen, paramedici en andere geïnteresseerden in de geriatrische zorg.

Inschrijven:

Vóór 14 september 2012.

U kunt uw gegevens (inclusief uw functie en organisatie van tewerkstelling) mailen naar:

nadinne.schepens@aznikolaas.be

Deelname is gratis en het aantal inschrijvingen is beperkt.

Tijdig inschrijven is de boodschap!

Locatie:

KaHo Sint-Lieven
Groot auditorium
Hospitaalstraat 23
9100 Sint-Niklaas

Accreditatie werd aangevraagd

Campus Beveren:

Bouw nieuw ziekenhuis in de startblokken

Na de fusie, van de Sint-Anna-kliniek in Beveren met het AZ Maria Middelaars in Sint-Niklaas, begin jaren negentig, was het aanvankelijk de bedoeling om in Beveren een nieuw acuut ziekenhuis op te richten. Na bijkomend onderzoek bleek echter dat de schaalgrootte voor een klein apart acuut ziekenhuis in de regio te weinig toekomstperspectieven had. De burgers van de gemeente Beveren revolteerden en een lange periode van gesprekken en onderhandelingen brak aan. Toenmalig minister Wivina De Meester verplichtte het ziekenhuis om, middels een bemiddelaar, met de gemeente Beveren tot een akkoord te komen vooraleer haar handtekening te zetten onder een nieuwbouwproject. Een akkoord werd na een tweetal jaren bereikt waarbij de gemeente Beveren het moeilijk bleef hebben met het ontbreken van een echte Spoedgevallendienst in het project. In het uiteindelijke compromis werd de acute zorg onder de vorm van een dagziekenhuis opgenomen. In 2006, net voor de fusie van AZ Maria Middelaars en AZ Waasland tot AZ Nikolaas, werd door de Vlaamse overheid het principiële akkoord gegeven voor de bouw van een nieuw ziekenhuis in Beveren, maar het duurde nog een aantal jaren alvorens ook 'de centen' beschikbaar waren.

Op 2 juli 2012 gingen de afbraakwerken van een gedeelte van het ziekenhuis van start. Een aantal bijgebouwen moeten plaatsruimen voor het nieuwe ziekenhuis. Een circa 10 meter diepe put zal worden gegraven om **twee ondergrondse parkinglagen** te voorzien. Op deze manier kan het terrein maximaal autovrij worden gehouden. Het wordt een groene campus, niet alleen zichtbaar maar ook in de toepassing van vele technieken. Er wordt een BEO-veld aangelegd, waarbij de warmte van de zomer in de ondergrond wordt opgeslagen om in de winter als verwarming te kunnen aanwenden; maar ook de koelte van de ondergrond zal worden aangewend om tijdens de zomer het gebouw van de nodige koeling te voorzien. Het gebouw wordt extra dik geïsoleerd en zonneweringen worden voorzien om de warmte buiten te houden.

Het gebouw zal onderdak bieden aan **twee geriatrische afdelingen** van 24 bedden. Tussen de twee afdelingen wordt een **geriatrisch dagziekenhuis** voorzien en wordt een aangepaste leef- en eetruimte gecreëerd op maat van de geriatrische patiënt. De afdeling **SP Locomotorische revalidatie** blijft in Beveren. Deze afdeling biedt de mogelijkheid aan patiënten om tijdens het ziekenhuisverblijf te revalideren. Ook na ontslag uit het ziekenhuis zal deze revalidatie kunnen worden verdergezet in een **ambulant revalidatiecentrum**. Aangepaste infrastructuur en professionals zorgen voor een optimaal klimaat voor deze specifieke doelgroep. De bestaande **Palliatieve eenheid** blijft bestaan en zal toegankelijk zijn vanuit het nieuwe ziekenhuis. De capaciteit van de **operatiezalen** wordt uitgebreid naar drie. Dit operatiecomplex zal worden geïntegreerd in een **chirurgisch dagziekenhuis**. Belangrijk is dat de nieuwbouwcampus de mogelijkheid zal creëren om voor alle **medische disciplines consultaties** te organiseren in Beveren. De **medische beeldvorming** blijft het huidige aanbod verstrekken. Ook een CT-scan zal binnen de nieuwe muren een plekje krijgen. Ook voor een bloed- of staalafname kunt u blijvend op de campus terecht. Op deze manier blijft de specialistische zorg voor elke Beverenaar toegankelijk. Een doelstelling die het AZ Nikolaas hoog in het vaandel draagt. Een mooi voorbeeld van





deze specialistische zorg is het **lowcare dialysecentrum**.

Reeds vele jaren komen patiënten uit Beveren en omstreken driemaal per week naar de nierdialyse (momenteel gehuisvest in het energiegebouw van het destijds geplande nieuwe ziekenhuis). De dialysemogelijkheid wordt in het nieuwe ziekenhuis trouwens tot 12 dialyseplaatsen uitgebreid. Tot slot zullen nog diverse functies worden voorzien die het voor personeel, patiënt en bezoeker aangenaam werken, verblijven zullen maken; burelen, kleedruimtes, laad- en loszones, stille ruimte,...

De afbraakwerken zijn begonnen, de opbouwwerken kunnen van start gaan. Op naar de jaarwisseling van 2014–2015. Het moment waarop het nieuwe ziekenhuis in gebruik zal worden genomen. Ja, Wivina, ook jij wordt voor de openingsreceptie uitgenodigd, maar vooral de vele medewerkers, de beleidsverantwoordelijken, de geneesheerspecialisten, de patiënten en de Bevernaar,... kijken uit naar dit moment!

Henk Cuvelier
Verpleegkundig operationeel
directeur
henk.cuvelier@aznikolaas.be

Wegwijs in de wet patiëntenrechten¹:

Het recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier door

In alle ziekenhuizen is het digitale tijdperk langzamerhand aan het binnensluipen. Sommige diensten werken alleen nog met een elektronisch dossier, anderen werken deels elektronisch en deels met de goede oude pen en papier. Maar wat als de betrokken patiënt of diens familie het dossier wenst in te kijken, of meer nog, een kopie wenst van het (volledige) dossier? In dit artikel gaan we dieper in op dit patiëntenrecht.

Het patiëntendossier: wat is het?

Het patiëntendossier omvat de documenten die worden opgesteld in het kader van een tussenkomst in de relatie tussen zorgverlener en patiënt. Aanvullende verzoeken/informatie van de patiënt, bijvoorbeeld om net geen informatie te krijgen over zijn gezondheidstoestand, de eventuele weigering of de specifieke toestemming tot een bepaalde behandeling, de afgesloten informed consent, ... worden best ook genoteerd in het patiëntendossier. Documenten met betrekking tot de aanstelling van een vertrouwenspersoon of een vertegenwoordiger, wilsverklaringen, ... kunnen eveneens worden toegevoegd aan het patiëntendossier.

Daarnaast heeft de patiënt het recht om redelijkerwijs documenten te laten toevoegen aan zijn dossier: de patiënt staat dus niet aan de zijlijn, maar kan actief participeren in de samenstelling van zijn dossier.

In het ziekenhuis bestaat een patiëntendossier uit een medisch en een verpleegkundig dossier, wettelijk is bepaald wat de inhoud hiervan is².

De wet patiëntenrechten voorziet uitdrukkelijk dat de patiënt recht heeft op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier³: het is de verantwoordelijkheid van iedere zorgverlener om daarover te waken.

Het patiëntendossier: bewaartermijn?

Hier dient men een onderscheid te maken tussen het medisch en het verpleegkundig dossier.

De bewaartermijn voor het **medisch dossier** is vastgelegd op 30 jaar, te rekenen vanaf het laatste contact met de patiënt⁴. Voor het **verpleegkundig dossier** geldt minstens een bewaartermijn van 20 jaar, maar ook hier wordt aangeraden om een termijn van 30 jaar te hanteren zodat de twee dossiers even lang worden bijgehouden. Stel dat het ooit tot een gerechtelijke procedure komt waarbij de aansprakelijkheid van de arts, de verpleegkundige of het ziekenhuis (mogelijk) betrokken is, dan is het aangewezen dat het dossier nog aanwezig is ter staving

van datgene wat wel/niet is gebeurd. Het is dus van het allergrootste belang dat de dossiers correct worden ingevuld: deze dossiers zijn de basis van de verdediging indien er de zorgverlener (een arts, verpleegkundige, ...) iets wordt verweten.

Recht op een afschrift of inzage in het dossier

Versillende personen kunnen om een afschrift van het dossier verzoeken:

- de patiënt zelf;
 - de ouders of voogd van een minderjarige patiënt;
 - de ouders of voogd van een meerderjarige patiënt die juridisch verlengd minderjarig of onbekwaam is verklaard (door middel van een gerechtelijke beslissing);
 - de door de patiënt aangewezen vertegenwoordiger (benoemde vertegenwoordiger) indien de patiënt feitelijk onbekwaam is om zijn rechten uit te oefenen, bijvoorbeeld wanneer hij/zij in een coma ligt;
 - indien de patiënt geen vertegenwoordiger heeft aangeduid voor de aanvang van de onbekwaamheid, worden de rechten in dalende volgorde uitgeoefend door de samenwonende echtgenoot of partner, het meerderjarig kind, een ouder of een meerderjarige zus of broer (informele vertegenwoordiger).
- Opgelet!** Indien de samenwonende partner er voor kiest om dit recht niet uit te oefenen, kan een dochter of zoon dit perfect wel doen. In geval van afwezigheid van, of een discussie tussen deze personen of wanneer geen van deze personen de beslissing wenst te nemen, behartigt de beroepsbeoefenaar de belangen van de patiënt;
- een door de patiënt aangewezen vertrouwenspersoon.

Is de zorgverlener steeds verplicht om in te gaan op de vraag die hem wordt gesteld?

Neen: indien hij vindt dat de patiënt door een derde onder druk wordt gezet om een afschrift te bekomen, mag hij weigeren om een afschrift te bezorgen van of inzage te verlenen in het dossier. Eveneens kan de beroepsbeoefenaar weigeren in te gaan op een verzoek van anderen dan de patiënt ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. In dit geval dient de vertegenwoordiger een beroepsbeoefenaar aan te wijzen die in zijn plaats het recht op inzage/afschrift kan uitoefenen.

Wat met de persoonlijke notities en gegevens over derden?

De wet patiëntenrechten bepaalt dat de persoonlijke notities en de gegevens over derden worden uitgesloten van het inzage- en afschriftenrecht. Deze uitzondering is echter niet absoluut: in-

de patiënt zelf, zijn vertegenwoordigers of zijn nabestaanden



dien een beroepsbeoefenaar, bijvoorbeeld de huisarts, wordt aangesteld door de patiënt als vertrouwenspersoon of benoemde vertegenwoordiger (zie hoger) om het inzagerecht uit te oefenen, dan heeft deze wel het recht om deze persoonlijke notities in te zien.

Met persoonlijke notities worden de hypothesen, de veronderstellingen of de eigen bedenkingen van de beroepsbeoefenaar bedoeld.

Antwoordtermijn

Er moet een positief gevolg gegeven worden aan het verzoek tot inzage of afschrift van het dossier binnen een termijn van 15

dagen na ontvangst van het verzoek. Er dient dus kort op de bal gespeeld te worden: dit voor zich uit schuiven kan niet.

Wat na het overlijden van de patiënt?

Na het overlijden van de patiënt is er **geen recht op afschrift meer mogelijk**. Er kan enkel een onrechtstreeks inzagerecht worden uitgeoefend en dit slechts op verzoek van de nabestaanden van de overleden patiënt tot en met de tweede graad.

Bovendien kan dit inzagerecht niet door de nabestaanden zelf worden uitgeoefend, maar moeten zij daarvoor een beroeps-

beoefenaar aanstellen. Daarnaast dienen de nabestaanden dit inzagerecht uitdrukkelijk te motiveren én is het inzagerecht beperkt tot die informatie die verband houdt met de gegeven motivering.

Er zijn dus een pak voorwaarden die vervuld moeten zijn, wil men zijn inzagerecht uitoefenen in het patiëntendossier van een overleden patiënt.

Het is duidelijk dat dit in de praktijk aanleiding geeft tot veel moeilijkheden en dit voor de nabestaanden ook emotioneel moeilijk te aanvaarden is. Men heeft de indruk dat het ziekenhuis of de beroepsbeoefenaar iets verzwijgt, wat echter allerm minst de bedoeling is. Het feit dat deze wettelijke regeling bij het grote publiek quasi onbekend is, doet hieraan evenmin goed.

De wet laat echter geen enkele ruimte voor interpretatie: een afschrift van het dossier van een overleden patiënt is niet voorzien. Het ziekenhuis kan dan ook niet anders dan deze vragen uitsluitend negatief te beantwoorden.

Behandeling van de aanvraag in het AZ Nikolaas

Men kan zich voor zowel een inzage of afschrift van het dossier rechtstreeks wenden tot de behandelende arts. Desgevallend is het ook mogelijk om deze aanvraag te richten aan de ombudspersoon van het AZ Nikolaas (ombudsdienst@aznikolaas.be of 03 760 28 50).

Formulieren voor de aanvraag en verdere inlichtingen kunnen eveneens bekomen worden bij de Ombudsdienst.

Bij een aanvraag die aan de ombudspersoon wordt gericht, zal deze nagaan of de aanvrager volgens de wettelijke bepalingen dit recht kan uitoefenen. Voor verpleegkundige verblijfsgegevens wordt het dossier dan opgevraagd bij het archief en gekopieerd, waarna de patiënt of dienst vertegenwoordiger dit persoonlijk kan afhalen bij de ombudspersoon. Voor gegevens met betrekking tot ambulante verstrekkingen wordt de patiënt verwezen naar de betrokken zorgverlener. Alle aanvragen worden met de nodige zorg en discretie behandeld.

Administratieve kosten⁶

Mogen er kosten aangerekend worden indien men een afschrift vraagt van een dossier? Ja, maar de kosten zijn wettelijk bepaald per aanvraag tot afschrift:

- € 0,10 per verstrekte A4 pagina;
- voor een digitale drager, ongeacht het aantal pagina's of beelden, mag € 10 aangerekend worden;
- in het kader van medische beeldvorming: maximum € 5 per gekopieerd beeld;
- voor het volledige dossier (digitale beelden inbegrepen) mag maximaal € 25 aangerekend worden.

Daarnaast zijn er nog talrijke andere actoren die inzage wensen in het patiëntendossier of een afschrift willen van een patiëntendossier: denken we maar aan de verzekeringsmaatschappij, een gerechtelijk expert,...

Dat is stof voor een volgende editie!

Kimber Van Cotthem
Ombudsvrouw
ombudsdienst@aznikolaas.be

Karliën Van de Velde
Juridisch stafmedewerker
karlien.vandevelde@aznikolaas.be

¹ Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *B.S.* 26 september 2002

² K.B. van 28 december 2006 houdende bepalingen van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het verpleegkundig dossier moet voldoen, *B.S.* 30 januari 2007 - K.B. van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier moet voldoen - *B.S.* 30 juli 1999.

³ Art. 9

⁴ Cfr. Advies Orde der geneesheren

⁵ Art. 9§ 4 wet patiëntenrechten

⁶ K.B. van 2 februari 2007 tot vaststelling van het maximumbedrag per gekopieerde pagina dat aan de patiënt mag worden gevraagd in het kader van de uitoefening van het recht op afschrift van het hem betreffende patiëntendossier.



Pensioen Dr. Gilbert Defrancq - Anesthesie campus Hamme

23 jaar geleden streek dr. Defrancq, na omzwerming via het Maria Middelareshuis in Deurne (het huidige AZ Monica), neer in het Fabiolaziekenhuis te Hamme.

Gezien zijn verplichtingen als militair arts, was dat in den beginne een duobaan met een collega-anesthesist. Van bij de opstart was dr. Defrancq de stuwende kracht achter de uitbouw van de chirurgie - orthopedie. Zijn enthousiasme en begeestering voor alles wat chirurgie was, was enorm.

Zijn bereikbaarheid ('s nachts en in het weekend) evenals zijn inzet waren voor deze rasechte West-Vlaming de basisingrediënten voor zijn job als anesthesist.

Met lede ogen zag hij, door het wegvallen van de dienst Spoedgevallen en de 100, zijn activiteiten wat verminderen. Doch, hierdoor kreeg hij meer tijd om een band met de huisartsen van Hamme op te bouwen, waardoor wekelijks een tiental cervicale en lumbale epidurales werden verwezen.

Elke "zuster", want zo noemde dr. Defrancq zijn operatieverpleegkundige, werd steeds zeer goed opgeleid in het observeren van de patiënt, zowel voor, tijdens als na de narcose.

Samen met zijn verpleegkundigen vormde dr. Defrancq een hecht team, waarbij respect en dienstvaardigheid aan de plicht geen loze woorden waren.

Zijn leer- en nieuwsgierigheid inspireerden hem om de locoregionale technieken toe te passen, zelfs onder echogene begeleiding. Een moderne evolutie, een mijlpaal, waarmee hij in schoonheid wou stoppen.

Zijn collegialiteit, zijn positieve ingesteldheid tot zijn laatste anesthesie is een stichtend voorbeeld voor de volgende generatie welke hem opvolgt.

Dr. Jean-Pierre Moeyersoons
Orthopedie

Welk beeld hebben patiënten – anno 2012 – van hun arts? Hij of zij lijkt steeds vaker op de achterkant van een computerscherm, klinkt het verwijtend. Een busstel draden, die vertakt naar een resem dochterschermen, doet vermoeden dat zich erachter een specialist ophoudt. Maar of deze zich verdiept in het medisch dossier, dan wel de laatste beurscorrecties raadpleegt, daarover blijft de patiënt in het ongewisse.

De computer is alomtegenwoordig. Wie niet op het internet bestaat, die bestaat virtueel niet. Veertig jaren terug was dit ondenkbaar. Ik volgde toen, tijdens mijn kandidaturen, een cursus over het gebruik van de computer in de geneeskunde. We leerden met ponskaarten wetenschappelijke gegevens ordenen. Niets liet vermoeden dat die computer ooit de werkvloer zou domineren. Toch deed, dertig jaar geleden, de eerste 'minicomputer' zijn intrede in onze praktijk. Het was een meubel, dat niet misstond tussen de frigo en de vaatwasser. Jaar na jaar, met elke Jobs-tijding, zagen we miniaturisatie en multiplicatie. Uiteindelijk werd in 2008 in onze praktijk een Sonderkommando opgericht met als opdracht de totale Endlösung van de papieren dossiers. Vandaag zijn alle sporen van het geschreven woord op onze praktijk gewist. Heeft de informatisering ons meer tijd gegeven? Of werden we gegijzeld in een web van mails, tweets, statusupdates?

IT-goeroes geloven dat we in een wolk leven. Maar ik zie veel mist. Het uitbesteden van onze hersenarbeid aan de computer heeft een keerzijde. Kritisch denken en analyseren kan niet door de computer worden overgenomen. Verbanden leggen tussen feiten is een leerproces. Was Einstein tot zijn allesomvattende analyse gekomen, temidden van een stortvloed aan internettrivialiteiten? Even 'theorie, relativiteit' googelen? Zou Darwin twintig jaren gewacht hebben om zijn evolutietheorie te boek te stellen als hij niet in de eerste plaats op zoek was naar de waarheid en niet naar publiciteit? En ook Mendel was het niet te doen om zijn genetisch gemanipuleerde erwten naar de beurs te brengen. Ieder op hun domein kwamen deze genieën tot inzichten, waar wij op onze digitale snelweg slechts van dromen. Willen we onze hersenen scherp houden, dan moeten we ze voeden met essentiële informatie.

Ook geneeskunde draait rond het verzamelen van informatie. Uit de mond van de patiënt, uit wetenschappelijk onderzoek, uit diagnostische testen. Hoe wordt die informatie optimaal gebruikt? De mogelijkheden die de informaticasector in de geneeskunde aanreikt, situeren zich op drie niveaus. Er is het elektronisch medisch dossier dat de papieren gegevens in een digitale vorm beschikbaar houdt. Er is het persoonlijk elektronisch dossier dat patiënten toelaat te overleggen met hun arts en afspraken en voorschriften te regelen. En er is de uitwisseling van klinische data wat gezondheidsorganisaties en de overheid helpt bij het stroomlijnen van de gezondheidszorg.

Tot zover de theorie. Want er zijn ook praktische bezwaren. Rond veiligheid en privacy. Vroeger werd een dossier achter slot en grendel bewaard. Nu wordt het versleuteld. Om te vermijden dat het 'News of the World' wordt. Maar het circuleren van digitale gegevens door het lucht-ruim blijft moeilijk te beveiligen. Postduiven zijn minder gemakkelijk te onderscheppen.

Ook de uitwisselbaarheid van gegevens blijft problematisch. Computers gebruiken hetzelfde alfabet van bits en bytes, maar spreken verschillende dialecten. Er wordt hoog ingezet op het standaardiseren en gebruiksvriendelijk maken van deze informatica. In 2009 lanceerde de overheid in de VS hiervoor de HITECH Act. Deze wet voorziet, over een periode van tien jaar, een investering van 29 miljard dollar voor de uitbouw van het medisch dossier. Eens dit gerealiseerd, hoopt men in de gezondheidszorg 500 miljard te besparen (enkel politici durven nog dergelijke rendementen voorspiegelen). De doelstellingen van het project klinken stoer. Een greep: Real time clinical decision support, Remote professional consultation, Monitoring of patients health and activity, Quality assurance, Performance assessment, Comparative outcome research.



In België, waar budgetten bescheidener zijn, bestaat sinds 29 mei 2008 een voorstel tot e-Health wet (www.ehealth.fgov.be) dat een wettelijk kader creëert voor de elektronische uitwisseling van medische gegevens. Nu de argwaan van artsen (gaat een collega niet met mijn gegevens en patiënt aan de haal?) langzaam bezworen lijkt, hoopt men het e-Health project eerstdaags ook operationeel te maken op het terrein.

De computer is onherroepelijk binnengedrongen in de arts-patiënt relatie. En heeft zich vaak al bedside genesteld. 'Listen to the computer, for it is telling you the diagnosis'. Gedaan met het onthouden van ziektebeelden, medicatieschema's, verwickelingen. Vandaag onthouden we enkel ons paswoord (en de kortste weg naar de dichtstbijgelegen computer). Weldra zullen we de patiënt via een videoscherm op de hoogte brengen van geplande investigaties en terloops informeren naar zijn toestand. Maar ook de patiënt heeft niet nagelaten om op internet te verifiëren of de vooropgestelde diagnose plausibel is en het beleid up to date. En met één muisklik controleert hij ook de test aankoop-score van arts en ziekenhuis.

Intussen glijden medische verslagen – door veelvuldig copy and paste geklik – af naar het niveau van juridische verslagen. Efficiënt? Wellicht. Leesbaar? Zelden. Eens een fout in het computerverslag sluipt, wordt deze in volgende verslagen vereeuwigd. Ook ons taalgebruik kreeg een informatica-accent. Patiënten werden users (gebruikers), artsen providers (leveranciers).

In pleidooien over de toekomst van de gezondheidszorg, wordt de inbreng van de informatica voorgesteld als de oplossing voor de huidige impasse. Maar zal de beschikbaarheid van digitale gegevens artsen meer terughoudend maken in het aanvragen en dupliceren van scanner-onderzoeken en catheterisaties? Vooralsnog is dit een verzuchting. Net zo min als de uitvinding van het wiel de milieuproblematiek heeft opgelost, is het ijdele hoop te verwachten dat de informatica onze gezondheidszorg plots efficiënt en betaalbaar maakt. De oplossing van die problemen kunnen we niet aan de computer overlaten. Maar aan mannen en vrouwen, die, immuun voor media-intimidatie, oog hebben voor de toekomst en een hart voor wie na ons komt. Want het gaat niet zozeer om een begrotingstekort, maar wel om een opvoedingsdeficit.

Affectionados van het internet zullen deze column een anachronisme noemen. Wie vertrouwt immers bespiegelingen over het digitale tijdperk toe aan papieren drukwerk? Maar is al de hype gewettigd? Die vraag houdt mij bezig en dus doe ik nog een ultieme test en tik op mijn computerklavier de zoekopdracht: 'Bestaat God?'. Na een korte aarzeling verschijnen 82 miljoen hits. Geheel en al overtuigd van Zijn alwetendheid sluit ik mijn Computer af.