

Infusie

2

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas

CAMPUS BEVEREN SNAKT NAAR NIEUWBOUW

DOSSIER GERIATRIE:

INFUSIE SPRAK MET: DR. SERGE LIEVENS

GERIATRISCH SUPPORT TEAM

DELIRIUM



Jaargang 1 - nr. 2
juni - juli - augustus 2008
Driemaandelijks tijdschrift
Verantwoordelijke uitgever en afzender:
Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1 - 9100 Sint-Niklaas

COLOFON

INFUSIE is een uitgave van AZ Nikolaas vzw en wordt 4 maal per jaar verspreid met een oplage van 2250 exemplaren.

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER:

Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1
9100 Sint-Niklaas

REDACTIERAAD:

Dr. Hendrik Delpont
Dr. Gino De la Meilleure
Dr. Ivo Duysburgh
Dr. Marc Geboers
Dr. Willem Lybaert
Dr. Jordi Miguel
Koen Michiels
Natalie Nevelsteen
Dr. Francis Ruys
Dr. Bart Siau
Inge Smet
Dr. Frank Thiessen
Dr. Leo Verguts

WERKTEN MEE:

Dr. Yerma Coppens
Dr. Jorn Damen
Dr. Francis Ruys
Els Steeman
Dr. Raf Van Paesschen
Dr. Stephen Verbeke
Yves Vrebos

VORMGEVING:

Dienst communicatie AZ Nikolaas

ILLUSTRATIES:

Dienst communicatie
Neil Van Craeynest
Dr. Raf Van Paesschen
Dr. Stephen Verbeke

Inhoud

Edito	3
Tijdelijke dienst spoedgevallen	4
Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt	7
Delirium: meer dan alleen roze olifantjes	9
Temse	11
Campus Beveren snakt naar nieuwbouw	12
Intra-operatieve beeldvorming in het AZ Nikolaas: de O-arm	16
Primeur in AZ Nikolaas: Endoveneuze laser	18
Infusie sprak met: Dr. Serge Lievens	20
Paspoort	23
Onthaasten	24

Edito

“EEN ZIEKENHUIS IS VOORTDUREND IN VERANDERING”

Het AZ Nikolaas neemt deze stelling de laatste maanden zeer letterlijk. Patiënten, artsen, verpleegkundigen, bezoekers,... iedereen wordt nadrukkelijk geconfronteerd met veranderingen in en rond het ziekenhuis.

Een eerste golf bouwprojecten, waaronder de verbouwing van het W-blok op campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat tot een nieuw chirurgisch dagziekenhuis en oncologisch centrum nadert reeds zijn einde. De ingebruikname van de tijdelijke spoedgevallendienst op campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat was eveneens een belangrijke stap op de weg naar een één-gemaakte dienst spoedgevallen (blz. 4). Het meest zichtbaar voor de buitenwereld is echter de reusachtige meccano die

boven op het A-blok (campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat) wordt gebouwd en die onderdak zal bieden aan onder andere de nieuwe high-care hemodialyse-unit.



Marc Geboers
Medisch directeur

Naast de grote projecten lopen er ook talloze kleinere die echter eveneens een grote impact hebben op het dagelijks functioneren van het ziekenhuis. Zo werd de sterilisatieafdeling van het operatiekwartier in campus Hamme aangepast. Dit heeft van de gebruikers heel wat geduld en improvisatie gevraagd.

De bouwwerken voor het chirurgisch dagziekenhuis op campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat zorgden in de maand februari voor een versnelde integratie van de twee diensten pediatrie. Vooral de strikte timing van deze samensmelting vormde een grote uitdaging.

Zo heeft elk van deze grote en kleine bouwprojecten zijn weerslag op de organisatie. Want ondertussen moeten alle activiteiten onverminderd kunnen doorgaan ondanks geluidsoverlast, omkering van patiëntenstromen,... En dit in combinatie met de vraag van artsen en diensten naar vernieuwing en uitbreiding.

Want niet alleen bouwkundig verandert er veel in het ziekenhuis. Ook zorginhoudelijk en technisch streven we voortdurend naar verbetering. Nieuwe artsen doen hun intrede en creëren nieuwe noden, artsen vormen grotere associaties met nood aan intense samenwerking en fysieke integratie. Nieuwe technieken doen hun intrede met vraag naar bijkomende omkadering (lees meer over de introductie van de O-arm op de dienst neurochirurgie op blz. 16) Nieuwe zorgprogramma's worden geïntroduceerd om specifieke doelgroepen op een betere manier te benaderen (lees op blz. 6 meer over de opstart van het geriatrisch support team).

In dit nummer van Infusie vindt u opnieuw een neerslag van deze niet te stuiten golf aan veranderingen. En realiseer u, beste lezer, ... dit is slechts het topje van de ijsberg.

Spoedgevallen campus Sint-Niklaas

Dienst spoedgevallen site Moerlandstraat

tijdelijk op andere locatie

Bij aanvang van de fusie tussen AZ Maria Middelaars en AZ Waasland werden door directie en raad van bestuur een aantal duidelijke korte - en lange termijn doelstellingen opgesteld. Eén van de prioriteiten was het samenvoegen van de verschillende kritieke diensten (spoedgevallen, intensieve zorgen, medium care en hartbewaking) van campus Sint-Niklaas.

Nu zijn de genoemde diensten nog her en der verspreid over beide sites in Sint-Niklaas. De overheid legt deze centralisatie en rationalisatie op. Het behoud van twee gespecialiseerde spoedgevallendiensten in campus Sint-Niklaas is immers niet langer te verantwoorden.

partijen hebben hun uiterste best gedaan om de patiënten op een adequate manier op te vangen.

De tijdelijke dienst spoedgevallen beschikt over een oppervlakte van 420 m² met 8 medium boxen, 1 EHBO box, 1 box chirurgische ingrepen en 1 triageruimte.

Een reanimatie ruimte ontbreekt echter. Patiënten die met de MUG worden opgehaald en zich in een levensbedreigende toestand bevinden, worden daarom naar de site L. De Meesterstraat overgebracht. Alle andere patiënten kunnen net zoals voorheen opgevangen worden op beide sites.

Aangezien de locatie kleiner is dan voorheen, zal het contact met de specialist nog intenser zijn om een vlotte outflow naar een verpleegafdeling te verzekeren zonder te moeten inboeten aan kwaliteitsvolle geneeskunde.

Nieuwe eengemaakte dienst spoedgevallen

De eenvoudige optelsom van de huidige patiëntenaantallen van beide sites leert ons dat een nieuwe eengemaakte dienst spoedgevallen op jaarbasis circa 32.000 patiënten over de vloer zal krijgen. Beide bestaande diensten bleken architectonisch te klein om dit op te vangen. Daarom werd er in samenspraak met het architectenbureau beslist om de nieuwe eengemaakte dienst spoedgevallen onder te brengen in een nieuwbouw, waar op termijn ook de andere kritieke diensten gehuisvest zullen worden.

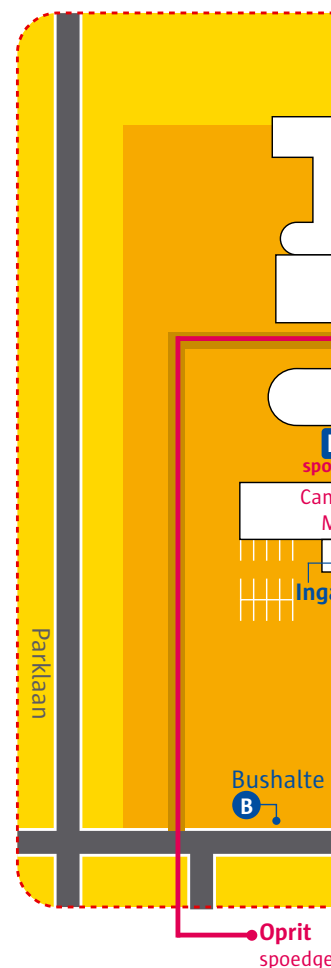
Deze nieuwbouw (het G-blok) wordt gebouwd op de plaats waar de huidige dienst spoedgevallen van de site Moerlandstraat zich situeert, ter hoogte van de brug over de Hospitaalstraat. Ingebruikname wordt verwacht in de loop van 2009.

Tijdelijke spoedgevallendienst site Moerlandstraat

Om dit nieuwe blok te kunnen realiseren moet de dienst spoedgevallen site Moerlandstraat afgebroken worden. De spoedgevallendienst van site L. De Meesterstraat kan gedurende de bouwwerken echter onmogelijk de volledige patiëntenstroom alleen opvangen, waardoor in overleg met de medische raad beslist werd om op de site Moerlandstraat een 'tijdelijke' dienst spoedgevallen te voorzien.

Deze tijdelijke dienst spoedgevallen situeert zich aan de Moerlandstraat (zie situatieplan) en werd op 8 maanden tijd gerealiseerd. Aan de officiële ingebruikname op 9 mei gingen drie dagen verhuis vooraf. Gedurende deze periode, van 6 tot en met 8 mei, werd alle spoedactiviteit voor campus Sint-Niklaas geconcentreerd op de site L. De Meesterstraat. Alle betrokken

Dr. Jorn Damen
Diensthoofd spoedgevallen
jorn.damen@aznikolaas.be



BEREIKBAARHEID SPOEDGEVALLENDIENST CAMPUS SINT-NIKLAAS - MOERLANDSTRAAT

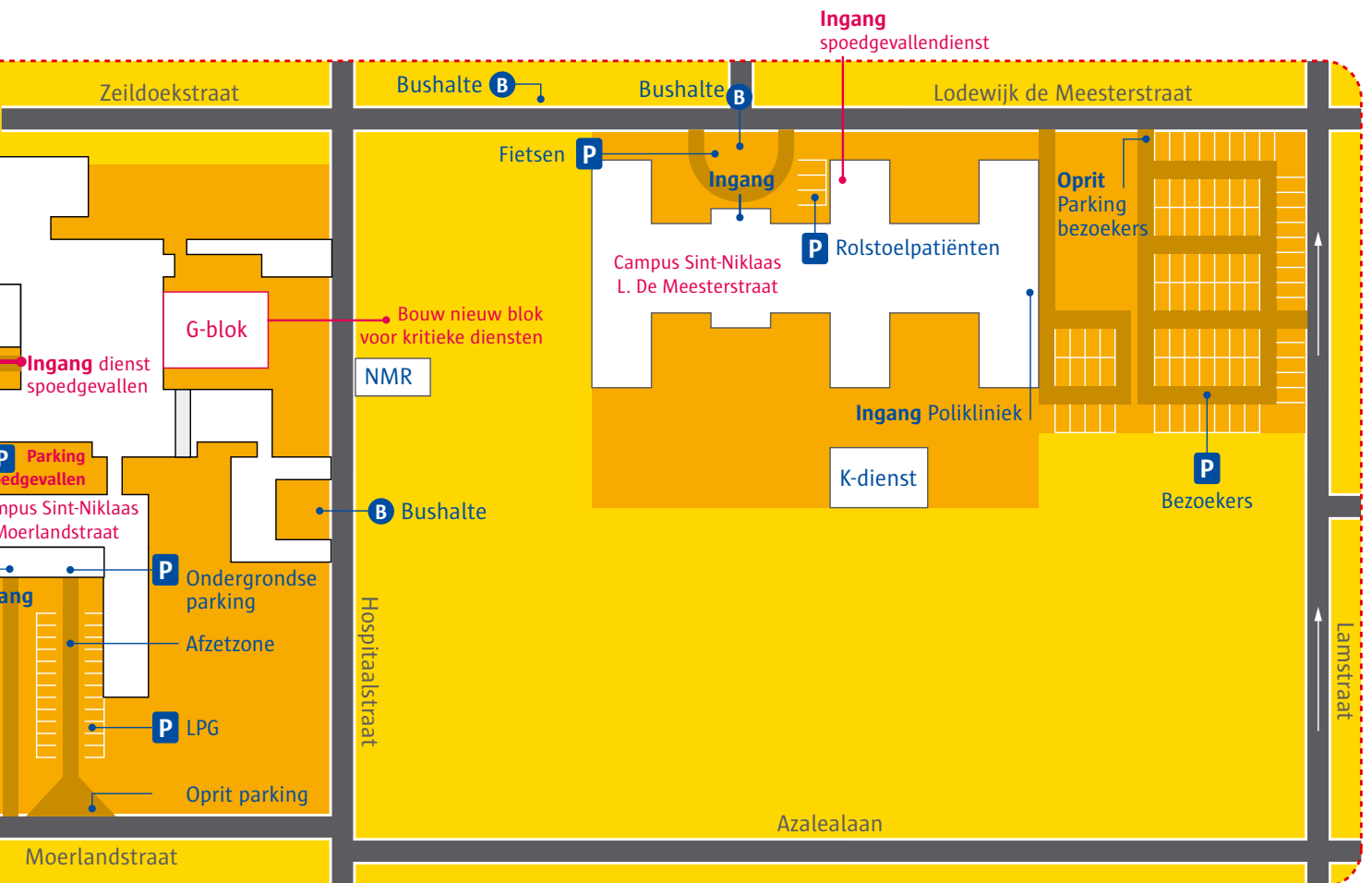
Sinds 9 mei laatsleden situeert de toegang tot de dienst spoedgevallen van campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat zich niet meer ter hoogte van de Hospitaalstraat, maar aan de Moerlandstraat.

De locatie aan de Hospitaalstraat is ondertussen volledig afgesloten en de voorbereidingswerken voor de bouw van het nieuwe G-blok zijn gestart.

De dienst spoedgevallen is bereikbaar via een oprit aan de Moerlandstraat, net naast het stadspark (zie plan).



De oprit van de tijdelijke dienst spoedgevallen aan de Moerlandstraat.



evallendienst

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt

Kwaliteitsvolle ouderenzorg doorheen het ziekenhuis

In januari van dit jaar werd de interne geriatrische liaisonfunctie in AZ Nikolaas opgestart in overeenstemming met het nieuwe geriatrische zorgprogramma. In het ziekenhuis zien we immers een verhoging van de gemiddelde leeftijd van de opgenomen patiënten. Het aantal patiënten ouder dan 75 jaar steeg op nauwelijks drie jaar tijd met meer dan 30 % op de niet-geriatrische diensten.

Sinds 1 september 2007 is het Koninklijk Besluit met betrekking tot het geriatrische zorgprogramma van kracht. Dit beschrijft de normen waaraan een zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen voor de erkenning van een ziekenhuis. De ziekenhuisstructuur wijzigt duidelijk de laatste jaren. De nadruk ligt op alsmaar kortere opnames en ambulante ingrepen. Hierdoor worden enkel de meest zorgbehoevende patiënten nog opgenomen: op alle diensten in het ziekenhuis zien we hierdoor een duidelijke verschuiving waarbij de gemiddelde leeftijd van de opgenomen patiënten blijft stijgen. Daarnaast worden we geconfronteerd met de veroudering van de bevolking. Volgens prognoses zullen de zorgprestaties aan ouderen tegen het jaar 2010 met ruim de helft toenemen, evenals het aantal dementerenden. Ook in het ziekenhuis laat zich dit duidelijk voelen: het aantal patiënten ouder dan 75 jaar steeg op nauwelijks drie jaar tijd met meer dan 30 % op de niet-geriatrische diensten. Hoe ouder men wordt, hoe meer kans men heeft op multipathologie, polyfarmacie en complicaties.

Het zorgprogramma richt zich tot de patiënten met een gemiddelde leeftijd boven de 75 jaar voor wie een specifieke aanpak noodzakelijk is omwille van verhoogde kwetsbaarheid, dit wil zeggen patiënten die beantwoorden aan onderstaand "geriatrisch profiel". (* zie kader)

Geriatrisch profiel

- 1 fragiliteit en beperkte homeostase;
- 2 actieve polypathologie;
- 3 atypische klinische beelden;
- 4 verstoorde farmacokinetica
- 5 gevaar van functionele achteruitgang;
- 6 gevaar voor deficiënte voeding;
- 7 tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhanke-

- lijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven;
- 8 psychosociale problemen.

Het doel van het zorgprogramma is in de eerste plaats om via een pluridisciplinaire aanpak te streven naar een optimaal herstel van de functionele performantie en hierbij een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit na te streven.

Het nieuwe geriatrisch zorgprogramma is gebaseerd op vijf pijlers:

- een erkende dienst geriatrie;
- het geriatrisch consult (op de raadpleging);
- het geriatrisch dagziekenhuis;
- een interne liaison;
- een externe liaison.

In dit artikel zullen we enkel de drie laatste pijlers toelichten.

Geriatrisch dagziekenhuis

Het geriatrisch dagziekenhuis bestaat in het AZ Nikolaas campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat al sinds mei 2006. In het dagziekenhuis krijgen de patiënten ambulant een multidisciplinaire investigatie. Bij de meeste patiënten worden alle noodzakelijke onderzoeken op één dag afgerond. Naast de diagnostische onderzoeken kan men er ook terecht voor therapie (zoals bijvoorbeeld voor transfusies) en revalidatie.

Interne liaisonfunctie

De grote verandering die het geriatrische zorgprogramma te weegbrengt, heeft echter geen betrekking op de klassieke geriatrische hospitalisatiediensten en raadpleging, maar wel op de 'niet G-diensten' in het ziekenhuis. Het Koninklijk Besluit stelt immers dat 'in het hele ziekenhuis de geriatrische principes en pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking dient gesteld van de behandelend geneesheer-specialist en de teams voor alle in het ziekenhuis opgenomen geriatrische patiënten' door middel van een pluridisciplinair 'geriatrisch liaisonteam'.

Elke in het ziekenhuis opgenomen patiënt moet worden geëvalueerd om na te gaan of hij voldoet aan één van de criteria om opgenomen te worden in het zorgprogramma. Om dit te verwezenlijken werd het geriatrische support team samengesteld. Het team bestaat uit twee verpleegkundigen Carina Burm en Eve Van den Bergh, zij geven voornamelijk adviezen aan de verpleegkundigen en staan in voor de screening. Daarnaast kan er ook een beroep gedaan worden op de psychologe Katty Segers, de ergotherapeute Ilja De Clercq, de logopediste Frieda Verhille en de diëtiste Karin van Oppens die aan het team ver-

bonden zijn. Veronique Stas is sociaal verpleegkundige en staat in voor de link met de sociale dienst, het ontslagmanagement en zal zeer binnenkort de transfers naar de G-diensten coördineren.

Dokter Yerma Coppens, geneesheerspecialist in de geriatrie, leidt het team van de geriatrische liaison samen met Els Steeman, zorgmanager geriatrische zorg.

Het opstarten van het interne liaisonteam is een immense uitdaging en het samenwerken op een constructieve manier is voor alle partijen een zoekproces. In eerste instantie werd er daarom geopteerd om op een aantal pilootdiensten te starten (diensten orthopedie, cardiologie en heilkunde). Om aan de vereisten te voldoen, moet dit in de tweede fase uitgebreid worden over het gehele ziekenhuis.

Geriatrisch Risico Profiel

Elke 75-plusser wordt gescreend aan de hand van de ISAR vragenlijst (Identification of seniors at risk) in combinatie met de GRP vragenlijst (Geriatrisch risico profiel). Indien de patiënt een score van 2 of meer behaalt, verdient het aanbeveling om de patiënt nader op te volgen en specifieke interventies te ondernemen.

Bij verwardheid zal bijvoorbeeld de MMSE-score afgenomen worden, bij patiënten die vallen wordt de ergotherapeut ingeschakeld. In een later stadium zal dit screeningsinstrument ook geïntegreerd worden op het nieuwe anamneseformulier in het patiëntendossier.

Uiteraard kunnen ook andere diensten een beroep doen op het liaisonteam. Zowel de behandelende arts als de (hoofd)verpleegkundige kunnen de liaisonverpleegkundigen contacteren.



Naast het directe omgaan met de patiënt, staan de liaisonverpleegkundigen ook in voor de opleiding en vorming van zorgverleners. Dit is in een belangrijke opdracht aangezien het zorgprogramma ook voorziet dat op elke verpleegafdeling in het ziekenhuis (met uitzondering van pediatrie, neonatologie, materniteit en kinderpsychiatrie maar met inbegrip van de dienst spoedgevallen, intensieve zorgen en het chirurgisch daghospitaal) een referentieverpleegkundige aanwezig is die beschikt over de nodige opleiding en/of bijzondere ervaring in de geriatrische zorg.

Ook het uitwerken en implementeren van procedures specifiek voor de geriatrische patiënt is een toekomstige taak van het liaisonteam.

Externe liaisonfunctie

De laatste pijler in het zorgprogramma is de externe liaisonfunctie, die een brug is naar de thuiszorg of de thuisvervangende zorg om de continuïteit van de zorg te verzekeren. De ontslagmanagers (Katrien Brusselmans en Nele Van Damme) van het AZ Nikolaas moet in samenwerking met het pluridisciplinair geriatrie team de noodzakelijke voorbereidingen treffen voor het ontslag naar huis en dit vanaf de opname in het ziekenhuis. De dienst ontslagmanagement is reeds enkele jaren goed uitgebouwd in het AZ Nikolaas. Hiernaast heeft AZ Nikolaas functionele bindingen met verschillende woon- en zorgcentra (WZC) en worden er op regelmatige basis bijeenkomsten van de begeleidingscommissie met de thuiszorg en de woon- en zorgcentra georganiseerd.

Het geriatrie supportteam:

Van links naar rechts:

Staan: Karin van Oppens, Ilja De Clercq, Kathy Segers, Veronique Stas

Zittend: Els Steeman, Dr. Yerma Coppens, Eve Van den Bergh, Frieda Verhille, Carina Burm



ISAR screening en GRP

Deze opname niet meegerekend, bent u in de afgelopen zes maanden meer dan één nacht opgenomen in het ziekenhuis?	JA	NEEN
Woont u alleen?	JA	NEEN
Had u voor u opgenomen werd in het ziekenhuis regelmatig hulp van iemand?	JA	NEEN
Vindt u dat uw zicht (eventueel met bril) slecht is?	JA	NEEN
Neemt u meer dan vijf soorten geneesmiddelen per dag?	JA	NEEN
Bent u in de voorbije 3 maanden gevallen?	JA	NEEN
Gebruikt u hulpmiddelen om te stappen	JA	NEEN

Met deze vragen sporen we de kwetsbaarheid van de oudere patiënt op. Indien nodig zal deze patiënt extra opgevolgd worden door het Geriatrie Supportteam (GST). Dit om mogelijke problemen te voorkomen en te beperken.

Het GST richt zich tot de populatie van geriatrie patiënten van 75 jaar en ouder, welke een specifieke aanpak vragen om volgende redenen:

- fragiliteit en beperkt aanpassingsvermogen;
- polipathologie;
- minder duidelijke ziekte tekens;
- polifarmacie;
- gevaar voor functionele achteruitgang;
- gevaar voor deficiënte voeding;
- tendens tot inactiviteit en belegerigheid, met toegenomen risico tot opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven.

Dr. Yerma Coppens

Geriatricie

yerma.coppens@aznikolaas.be

Delirium:

meer dan alleen maar roze olifantjes

Delirium is een mentale aandoening op basis van een lichamelijke ontregeling, die zich op verloop van een aantal uren of dagen ontwikkeld.

Symptomen:

- een gestoorde en fluctuerende aandacht;
- een gestoord bewustzijn;
- andere symptomen van een gestoord cognitief functioneren (geheugenproblemen, desoriëntatie, wanen, hallucinaties, ...);
- psychomotorische activiteit gaande van een hyperactieve vorm waarbij de patiënt psychomotorisch zeer onrustig is tot een hypoactieve vorm, waarbij de patiënt apathisch is, en een mengvorm;
- frequent voorkomend zijn ook een gestoorde gedachten-gang en -inhoud, een gestoord slaap-waak ritme, angst, depressieve gevoelens en neurovegetatieve symptomen zoals zweten en tachycardie.

Een delirium heeft alle kenmerken van een geriatrisch syndroom. Het komt hoofdzakelijk voor bij ouderen (in het bijzonder bij gehospitaliseerde ouderen) is gelinkt met aandoeningen die frequent voorkomen bij ouderen en is mee verantwoordelijk voor het atypisch voorkomen van ziekten bij deze patiëntengroep.

In het ziekenhuis komt het voor bij 14 tot 56% van de ouderen. Aan de basis van het hoge voorkomen van delirium bij ouderen liggen de verhoogde kwetsbaarheid van de oudere patiënt in combinatie met ziektefactoren, behandelingsfactoren en de belangrijke mate van psychosociale stress die een ziekenhuisverblijf met zich mee kan brengen.

Gevolgen van een delirium

Het niet op tijd en adequaat behandelen van een delirium kent belangrijke gevolgen, waarbij de negatieve gevolgen voor de beleving van de patiënt en zijn familie niet vergeten mogen worden.

Gevolgen op korte termijn zijn:

- meer valincidenten;
- loskomen van suturen;
- incontinentie;
- verhoogde mortaliteit;
- decubitus;
- langere hospitalisatie.
- catheter disconnectie;

Gevolgen op lange termijn zijn:

- een verhoogd risico op opname in een woon- en zorgcentrum;
- slechte revalidatie tot een blijvende functionele achteruitgang;
- een hogere kans op progressie naar dementie;
- een verhoogde mortaliteit.

Delirium onderkend

De diagnose van delirium kan vrij eenvoudig gesteld worden aan de hand van bijvoorbeeld de DSM-IV criteria of de Confusion Assessment Method (CAM). Het onderscheid met een dementie en depressie kan eenvoudig gemaakt worden door het typerend fluctuerend verloop van de symptomen en de gestoorde aandachtsfunctie.

Ondanks de eenvoudige diagnose wordt een delirium in belangrijke mate onderkend. En een tijdige erkenning van een delirium, bij voorkeur in het prodromaal stadium, is van belang voor een tijdige behandeling. Het is vooral de hypoactieve vorm die zeer moeilijk herkend wordt, maar de slechtste prognose heeft.

Pathofysiologie, voorbeschikkende en uitlokkende factoren

Wat er exact fout loopt bij een delirium is nog onvoldoende gekend, maar men gaat uit van een algemene stoornis van het hersenmetabolisme. Multiple, complexe interacties tussen neurotransmitters, cytokines en verschillende chronische inflammatoire toestanden zijn in dit proces betrokken.

Cholinerge activiteit is belangrijk voor het behoud van een goede cognitie. Alles wat die cholinerge activiteit ook maar enigszins verstoord kan een delirium uitlokken, zoals hypoxie, anticholinergica of hypoglycemie.

In het ontstaan van het delirium moet er rekening gehouden worden met de voorbeschikbaarheid van patiënt en uitlokkende factoren. Een patiënt met een hoog risico heeft genoeg aan een banale uitlokkende factor, zoals de transfert naar een andere afdeling of kamer, om een delirium te ontwikkelen.

De belangrijkste voorbeschikkende factoren zijn:

- hoge leeftijd;
- cognitief deficit;
- medicatie;
- sensorische deprivatie;
- psychische comorbiditeit;
- dehydratatie;
- bijkomende risicofactoren voor een postoperatief delirium zijn niet geplande chirurgie voor een acute aandoening en een laag natriumgehalte.

Uitlokkende factoren

De uitlokkende factoren kunnen van allerlei aard zijn en zijn in drie grote categorieën onderscheiden:

Medische aandoeningen of heelkundige ingrepen

Medische aandoeningen of heelkundige ingrepen kunnen een metabole encephalopathie uitlokken. Dit kan doordat er:

- een gedaalde toevoer van nutriënten is (*hypoxie*,

hypoglycemie, circulatoir falen, vitamine deficiëntie, ...);

- een endogene intoxicatie veroorzaakt wordt (*hepatische encephalopathie, hormonale veranderingen - laag T3 syndroom, vrijzetting van cytokines, uremie, ...);*
- een toegenomen metabolische vraag is (*koorts, status epilepticus, ...).*

Belangrijk te onthouden zijn **infecties, elektrolytenstoornissen en problemen met de hydratatie**. Er zijn ook verschillende factoren die in verband staan met een medische of heelkundige aandoening en kunnen bijdragen aan het ontstaan van delirium zoals bijvoorbeeld de aanwezigheid van een urinair verblijfs catheter, immobilisatie, gebruik van fixatiemateriaal, en in het bijzonder **pijn**.

Medicatie of genotsmiddelen

Medicatie of genotsmiddelen kunnen delirium uitlokken door intoxicatie of onthouding (anticholinergica, antihistaminica, benzodiazepines, digitalis alcohol...). Medicatie is één van de meest voorkomende iatrogene oorzaken van delirium. Bijna elke medicatie, zelfs in therapeutische dosis, kan delirium veroorzaken bij personen met een verminderde lever- of nierfunctie, multiple interacterende medicaties, of met medicatie misbruik.

Psychosociale stressfactoren

Psychosociale factoren zoals opname in een vreemde ziekenhuisomgeving, de veranderingen die een acute aandoening kan meebrengen in het dagelijks leven, deprivatie van familiaal contact of andere stimuli of overprikkeling, ... kunnen een hoge mate van stress met zich meebrengen en alzo bijdragen tot het uitlokken van delirium.

Preventie en behandeling

Preventieve maatregelen hebben hun nut bewezen bij patiënten met een delirium.

De belangrijkste preventieve maatregelen zijn:

- regelmatige evaluatie van de mentale toestand om elke verandering zo snel mogelijk te detecteren;
- evaluatie van de medicatie;
- het verbeteren van visus- en gehoorsstoornissen;
- heroriëntatie;
- adequate communicatie;
- immobilisatie vermijden;
- preventie of behandeling van slaapstoornissen;
- controle op of behandeling van factoren

die een delirium kunnen uitlokken. Het geriatrisch support team kan hierbij een belangrijke ondersteunende en sensibiliserende rol spelen.

Behandeling

Het geriatrisch support team kan ook adviseerend optreden bij de behandeling van een delirium. De behandeling moet gebaseerd zijn op:

- het zoeken naar de oorza(a)k(en);
- symptoomcontrole;
- het bieden van ondersteunende zorg;
- het vermijden van complicaties.

Het is enkel als de symptomen zeer storend zijn dat een farmacologische behandeling aangewezen is.

- Bij een hypoactief of hyperactief delirium met milde tot matige agitatie, wordt de toediening van Risperidone vooropgesteld.
- Bij een hyperactief delier met ernstige agitatie of waarbij orale toediening van medicatie niet mogelijk is, wordt Haloperidol subcutaan of intraveneus vooropgesteld.
- Voor delirium geassocieerd met alcohol onthouding of gebruik van hypnotica, met epilepsie, met een maligne neuroleptisch syndroom, of bij Lewy Body dementie, is de behandeling met benzodiazepines te prefereren.

De medicamenteuze behandeling moet kort van duur zijn (gemiddeld 7 dagen).

Te onthouden

Delirium of acute verwardheid komt vaak voor bij gehospitaliseerde ouderen en wordt al te vaak als normaal voor het ouder worden beschouwd. Delirium is echter een signaal van een belangrijk onderliggend lichamelijk lijden, welke onbehandeld tot ernstige complicaties kan lijden.

Bronnen:

- Alvarez-Fernandez et al. (2008) Delirium in hospitalised older persons: review The Journal of Nutrition, Health & Aging, 12,4, 246-251
- Steeman et al. (2004) Ontwarring van verwardheid: wat kan het betekenen en hoe gaan we ermee om? Mechelen: Kluwer, pp. 1-134

Els Steeman

Zorgmanager geriatrische zorg
els.steeman@aznikolaas.be

Integratie interne diensten campus Temse

Vanaf 1 juli 2008 huizen de diensten cardiologie en neurologie campus Temse in op de centrale campus Sint-Niklaas. Vanaf dat ogenblik worden patiënten van dr. Koentges, dr. Faveere en dr. De la Meilleure gehospitaliseerd in Sint-Niklaas. Omwille van plaatsgebrek op de centrale campus blijven de diensten pneumologie (dr. Van Roelen) en gastro-enterologie (dr. Frederiks) verder hospitaliseren op de campus Temse. In het voorjaar 2009 worden deze diensten ook overgebracht naar de centrale campus.

Heel wat diensten blijven wel actief op de campus Temse. De verblijfsafdelingen geriatrie en heelkunde blijven hospitaliseren op de campus Temse. De activiteiten van het chirurgisch dagziekenhuis worden verder uitgebouwd. Ook de poliklinische consultaties van de verschillende disciplines en de medische beeldvorming (inclusief de CT-scan) blijven onveranderd behouden.

Spoeedgevallen

De eerste opvang spoedgevallen wordt noodgedwongen, wegens bestaffingsproblemen, beperkt tot opvang gedurende de weekdagen tussen 08.00 en 20.00 uur. 's Nachts en gedurende het weekend zal de spoedgevallendienst van de campus Temse

gesloten zijn en dienen de patiënten zich aan te melden op de centrale campus in Sint-Niklaas, hetzij site Moerlandstraat hetzij site Lodewijk de Meesterstraat.

Patiënten via dringend ziekenvervoer, worden overgebracht naar Sint-Niklaas. Een duidelijke verwijzing op naam zal aanleiding geven tot verdere opvolging door de specialist van keuze. Indien het primaire transport naar een ander ziekenhuis zou gaan, kan toch gevraagd worden om de patiënt over te brengen naar Sint-Niklaas mits volgende voorwaarden: gekende patiënt bij één van de specialisten en een voorschrift van de huisarts met verwijsbrief op naam van deze specialist. Op die manier kan de continuïteit van de zorgen verzekerd worden.

Toekomst

Naar de toekomst wil het AZ Nikolaas blijvend investeren in een goed uitgebouwde polikliniek met ondersteuning door een breed aanbod medische beeldvorming (CT-scan inclusief).

DR. MARC GEBOERS
MEDISCH DIRECTEUR

PENSIOEN DR. BYNENS

Op 1 maart van dit jaar, nam dr. Bynens afscheid van het AZ Nikolaas. Hij was sinds 1979 als chirurg actief in AZ De Pelikaan te Temse. Hij kan beschouwd worden als één van de drijvende krachten achter dit ziekenhuis. Als chirurg bouwde hij een mooie praktijk op die gebaseerd was op vakkennis, handigheid maar vooral ook een grote dosis bekommernis omtrent de patiënt. Dr. Bynens streefde steeds naar de perfectie en stelde zijn patiënten voor alles. Ook in de verdere uitbouw van het ziekenhuis was hij actief, onder andere als voorzitter van de Medische Raad.

Ook na de fusie met het AZ Maria Middelaars in 1998 bleef hij een groot voorvechter voor de campus Temse. Hij bleef zich met grote inzet toeleggen op zijn klinische praktijk, die ondertussen meer in de richting van de vaatchirurgie was geëvolueerd. Hij eiste maximale faciliteiten en ondersteuning op voor De Pelikaan. Op het beleidsvlak bleef hij nu wat meer in de schaduw maar in de verschillende formele en informele contacten bleef een grote begeestering en toewijding aanwezig. Hij was een vurig pleitbezorger voor campus Temse. De nieuwe fusie tot AZ Nikolaas heeft hij nog even mogen meemaken.

Dr. Bynens was de laatste jaren ook zeer actief in het verrichten van medische expertises en kon over dit werk heel wat anekdotes ophalen.

En nu is er tijd om nieuwe dingen aan te pakken. Hij zal zich zonder twijfel nog verder kunnen verdiepen in zijn Wagner-passie.

Graag wensen we dr. Bynens het allerbeste toe in de toekomst. Als ziekenhuis zijn we hem veel verschuldigd. Een dergelijke gedreven arts met oog voor het menselijke zullen we in dit grote fusieziekenhuis zeker nog missen.

Jerry, het gaat je goed.



Campus Beveren snakt naar nieuw

De campus Beveren (Sint-Anna) van het AZ Nikolaas heeft uitzicht op een nieuwbouw. Het oudste gebouw op de site aan de Oude Zandstraat dateert van de jaren vijftig. Als de nieuwbouw in de periode 2011-2012 operationeel zal zijn, zal dat dus niets te vroeg zijn. De sloop start waarschijnlijk eind 2009 of begin 2010 met het oudste gebouw dat meteen plaats zal maken voor een nieuwbouwproject. In een tweede fase is hetzelfde scenario weggelegd voor het gebouw uit de jaren zestig. Het recentere gebouw van de palliatieve eenheid blijft behouden.

Na de realisatie van de nieuwbouw blijft campus Beveren dezelfde diensten aanbieden: twee afdelingen geriatrie, een sp dienst locomotorische revalidatie, een palliatieve eenheid, een low-care dialyse afdeling, een polikliniek en een dienst medische beeldvorming. Ook het aantal bedden blijft gelijk; 82.

In voorbereiding van de complete metamorfose gingen we bij personeel en patiënten polsen naar de ervaringen in het zo goed als uitgeleefde ziekenhuis en naar de verwachtingen voor de nieuwe kliniek. Uit alle gesprekken kunnen we alvast 2 conclusies trekken: 1. de infrastructurele achteruitgang van de campus heeft nooit een negatieve invloed gehad op de kwaliteit van de verzorging, dienstverlening en de sfeer en 2. de nieuwbouw zal pas volwaardig zijn als er ook een cafetaria in de plannen wordt opgenomen.

Prehistorie



De eerste halte in het ziekenhuisbezoek was op de dienst Geriatrie A2. Hoofdverpleegkundige *Lydia Van Royen* stond ons te woord. Zeven jaar geleden maakte zij de overstap van Sint-Helena in Sint-Gillis-Waas naar Beveren. "Als nieuwkomer merkte ik toen wel een verschil tussen de beide campussen", zet Van Royen haar verhaal in. "Er heerste kort na de fusie in Beveren een sfeer van vijandigheid, de afbouw en de verhuis van afdelingen - zoals

materniteit - naar de centrale campus in Sint-Niklaas zorgde voor onrust bij het personeel. Ik heb heel graag in Sint-Gillis-Waas gewerkt en ben hier nu in Beveren ook heel graag. Er heerst hier een aangename sfeer en de samenwerking tussen de verschillende afdelingen en de huisartsen verloopt goed. Zoiets vraagt uiteraard tijd. Door dagelijks goed werk te leveren, bouw je een relatie op met je collega's en huisartsen. Een nieuwbouw is wel noodzakelijk. Sommige toestanden dateren nog uit de prehistorie. Ik word hier soms nog herinnerd aan mijn studentenjaren. Een leuke anecdote is misschien dat wij de

hoogzaal van de kapel momenteel gebruiken als stockageruimte voor onze dienst. Als de nieuwbouw nog lang op zich laat wachten, dan is de kans klein dat ik er nog zal kunnen werken. Ik sta immers aan de vooravond van mijn pensioen. Ik wil in ieder geval de dienst in de beste omstandigheden overlaten."

Rampzalig



Ook medisch diensthoofd geriatrie *dr. Jordi Miguel-Ramos* kreeg de kans om een balans van het verleden te maken en om te dromen van de toekomst. Hij trad zestien jaar geleden in dienst bij het AZ Maria Middelaars en is al zes jaar werkzaam op de Beverse campus. "Gezellig, huiselijk, eenvoudig maar soms eenzaam", zo omschrijft hij het ziekenhuis. "We hebben veel werk en de werking is zeer goed gestructureerd, maar de gebouwen zijn veel te oud en de accommodatie is zeker aan vernieuwing toe. De infrastructuur is rampzalig, laat het me zo zeggen. We hebben nood aan goede spiegels, goed sanitair, ... Ik verwacht van het nieuwe ziekenhuis in ieder geval een betere indeling, zodat we van de ene dienst geriatrie op de ene verdieping niet meer naar de andere op een andere verdieping moeten lopen. Op dit moment liggen de diensten té verspreid. Voor onze dienst zijn ook ruimten nodig die voldoende groot zijn om te oefenen. Nu zijn die lokalen veel te klein. Sommige kamers moeten ruimer zijn en de toiletten beter toegankelijk. De nieuwbouw zal niet veel aan de verzorging of dienstverlening op zich veranderen, maar moet het voor het personeel gemakkelijker maken om efficiënt te werken. De patiënten moeten uiteraard een aangener gevoel krijgen als ze binnenkomen."

Sfeerevolutie



Negentien jaar geleden begon *Stefaan Rijckaert* zijn carrière op de dienst orthopedie. Op het moment van ons gesprek vervangt hij tijdelijk Anneleen Vantomme, hoofdverpleegkundige van de dienst SP Locomotorische Revalidatie. Door zijn lange loopbaan in Beveren kan hij als geen ander de evolutie van de sfeer in het ziekenhuis evalueren. "Het was een grote evolutie", valt hij met de deur in huis. "Het was hier vroeger een klein ziekenhuis, waar iedereen elkaar kende. Na de fusie met het AZ Maria Middelaars is er personeel uitgeweken en is er toch wel wat veranderd. Ik bedoel niet dat het daarom slechter was, maar het werd anders. Je voelde dat de instelling groter werd. Sinds de oprichting van het AZ Nikolaas is dat gevoel alleen maar sterker geworden. Ondanks de verouderde accommodatie werden er de voorbije jaren toch inspanningen

geleverd om verbeteringen aan te brengen. Zo waren er vroeger geen toiletten op de kamers en waren de deuren te smal, zodat we met de bedden niet in en uit de kamers konden. In de loop der jaren is daaraan wel verholpen. Een nieuwbouw is echter noodzakelijk. In de nieuwe kamers moeten badkamer en toilet groter zijn, veel van onze patiënten zijn immers rolstoelgebruikers. Een cafetaria voor de bezoekers zou zeker zeer welkom zijn. Ik denk dat een nieuwbouw alleen maar positief op de sfeer kan inwerken.”

Klein en verouderd



Kinesist *Karine Poort* van de dienst revalidatie is al sinds 1980 actief op de campus Beveren. Zij maakte Sint-Anna nog mee in de jaren dat het een acuut ziekenhuis was. “Sint-Anna was een kleine regionale kliniek die kwaliteit bood op het vlak van enkele specialisaties”, blikt Poort terug in de tijd. “Het is beginnen veranderen met de komst van orthopedisten. Dokter Delpont was de eerste om hier kijkoperaties voor de knie toe te passen en

dat opende nieuwe mogelijkheden voor het ziekenhuis. Sint-Anna kwam, als ik me goed herinner, maar een paar bedden tekort om aan de fusie te ontsnappen. Na de fusie zijn alle acute diensten hier verdwenen. Alles bij elkaar heb ik het ziekenhuis veel zien veranderen. Zo kende ik in al die jaren vier verschillende ingangen. Ik maakte de start en de uitbreiding van de dienst spoedgevallen mee, een dienst die ondertussen ook verdwenen is.

De campus is een klein ziekenhuis geworden met verouderde infrastructuur. Vroeger heerste een zeer gemoedelijke sfeer en het was hier zeer aangenaam werken. Met de fusie ontstond er wrevel doordat diensten moesten verdwijnen en personeel moest verhuizen. Dat was een eerste krak. Gemoedelijkheid en kleinschaligheid, solidariteit en collegialiteit waren weg of toch verminderd. Wij hopen vooral dat de ruimten in de nieuwbouw groter zullen zijn. Het is nu te moeilijk om hier met rolstoelen te manoeuvreren. Maar ondertussen blijven we roeien met de riemen die we hebben.”

Cafetaria



Op de dienst revalidatie vonden we twee ‘trouwe’ patiënten bereid om hun ervaringen met de campus Beveren met ons te delen. Zo was *Florentine Van Hove* (76) aan haar zevende week in het ziekenhuis toe. “Ik lag eerst weken in Stuivenberg en ben naar hier gekomen om weer te leren stappen”, begon de kranige zeventiger haar verhaal. “Ik ben hier wel graag, ook al zijn de gebouwen oud. Het personeel is vriendelijk en het eten is lekker. Een



Een vertrouwd beeld voor elke Bevenaar: de oude hoofdingang langs de Oude Zandstraat.

nieuw ziekenhuis mag wel, maar dat zal ik misschien niet meer meemaken”



Martha De Clercq (79) uit Beveren treedt haar leeftijdsgenoot graag bij in haar lovende woorden, maar ze laat meteen ook een kritische noot horen. “Het is spijtig dat er in de nieuwbouwplannen nog altijd geen cafetaria voorzien is. Als je in andere klinieken ligt, kan je met je bezoekers naar de cafetaria gaan om iets te drinken. Hier geef ik geen euro uit voor een koffietje in een plastic bekertje uit een automaat. Mensen die hier maanden liggen,

kunnen zonder cafetaria nergens heen. Over het personeel kunnen we zeker niet klagen, ook niet over de stagiaires. Voor mij is het de vijfde keer in dit ziekenhuis. Een nieuwbouw is zeker nodig, mét cafetaria én spoedgevallendienst.”

Gemoedelijkheid



De laatst bezochte diensten hoor je niet klagen. De Lowcare en Palliatieve eenheid huizen immers in de nieuwste gebouwen op de campus. Adjunct-hoofdverpleegkundige *Diane Thomassen* werkt sinds 1996 op de Lowcare. “Volgend jaar zit de dienst tien jaar in dit gebouw”, vertelt ze. “In het oude gebouw heb ik nooit gewerkt. Iedereen vindt ons gebouw mooi en gezellig. Ik vind persoonlijk dat je geen nieuw of oud gebouw nodig hebt om een

sfeer te creëren. Ik heb nogal wat ervaring in oude ziekenhuizen en die zijn wel altijd leuk. Het is met je collega’s dat je de sfeer moet creëren. Werken in een mooie omgeving is best leuk, maar je kan ook comfortabel werken in een oudere omgeving. Hier kent iedereen iedereen en dat is wel het belang-

rijkste. Een nieuwbouw voor deze campus is natuurlijk wel een terechte verzuchting. Dat project zal het ziekenhuis ten goede komen, zeker voor de interne werking en naar de buitenwereld toe. Ik denk echter niet dat de oude gebouwen de mensen van Beveren ervan weerhouden om er op consultatie te komen. Een voorbeeld daarvan is de Geriatrie die voor honderd procent bezet is. Dat bewijst dat de mensen hier graag zijn en de gemoedelijkheid appreciëren.”

Meerwaarde



Hoofdverpleegkundige *Ilse De Jaeck* van SP Palliatieve eenheid was de laatste in de rij om de sfeer en de verwachtingen van de Campus Beveren onder woorden te brengen. De eenheid startte in Temse en werd na twee jaar (2001) overgebracht naar een nieuwe bungalow in de tuin van campus Beveren. “Deze bungalow vormt facilitair een belangrijke meerwaarde voor onze patiënten. Ze hebben niet het gevoel dat ze in een ziekenhuis zitten,

omdat er veel aandacht besteed wordt aan een sfeer die het thuismilieu benadert. De dienst vormt een soort groot gezin, waarbinnen intens geleefd wordt met de patiënten en hun familie. Families krijgen een gevoel van thuis komen. Ze hebben hier het gevoel dat ze tijd, ruimte en rust krijgen. Verplegen staat op deze afdeling nog meer dan op andere afdelingen voor ‘verzorgen met een hart’. De nieuwbouw kan het personeel van onze dienst een stuk ondersteuning geven. Er komt immers een verbinding tussen het ziekenhuis en onze eenheid. Dat zal zeker een meerwaarde geven. Het eilandgevoel zal verdwijnen.”

YVES VREBOS



Eén van de verborgen ‘schatten’ van campus Beveren: de kapel, tevens opslagruimte voor de dienst geriatrie.

Nieuwbouw campus Beveren

Binnen enkele jaren zal langs de Oude Zandstraat in Beveren een nieuw, modern ziekenhuis verrijzen. Het gebouw zal drie verdiepingen tellen en wordt gebouwd op de grondvesten van het oude ziekenhuis.

Om de huidige diensten ook tijdens de afbraak- en bouwwerken ongestoord verder te kunnen laten werken zal er in twee fasen gesloopt worden. Tijdens de eerste fase wordt het leegstaande deel van de campus gesloopt, waarna het nieuwe gebouw wordt opgetrokken. Eens de nieuwbouw klaar is en de diensten verhuisd zijn, zal in een tweede fase de rest van het oude gebouw gesloopt worden.

Het nieuwe ziekenhuis zal bestaan uit een centraal gedeelte met twee zijvleugels. Buiten zal er de nodige aandacht gaan naar een groene omgeving en parkeerfaciliteiten.

Gelijkvloers:

Op het gelijkvloers komt de inkomhal met onthaalbalie, de polikliniek en de dienst medische beeldvorming. Ook de low-care dialyse krijgt hier een plaats. Dit betekent dat het huidige dialysegebouw verdwijnt. Het gebouw waarin de palliatieve eenheid gehuisvest is blijft wel behouden en krijgt aansluiting bij het hoofdgebouw.

Eerste verdieping

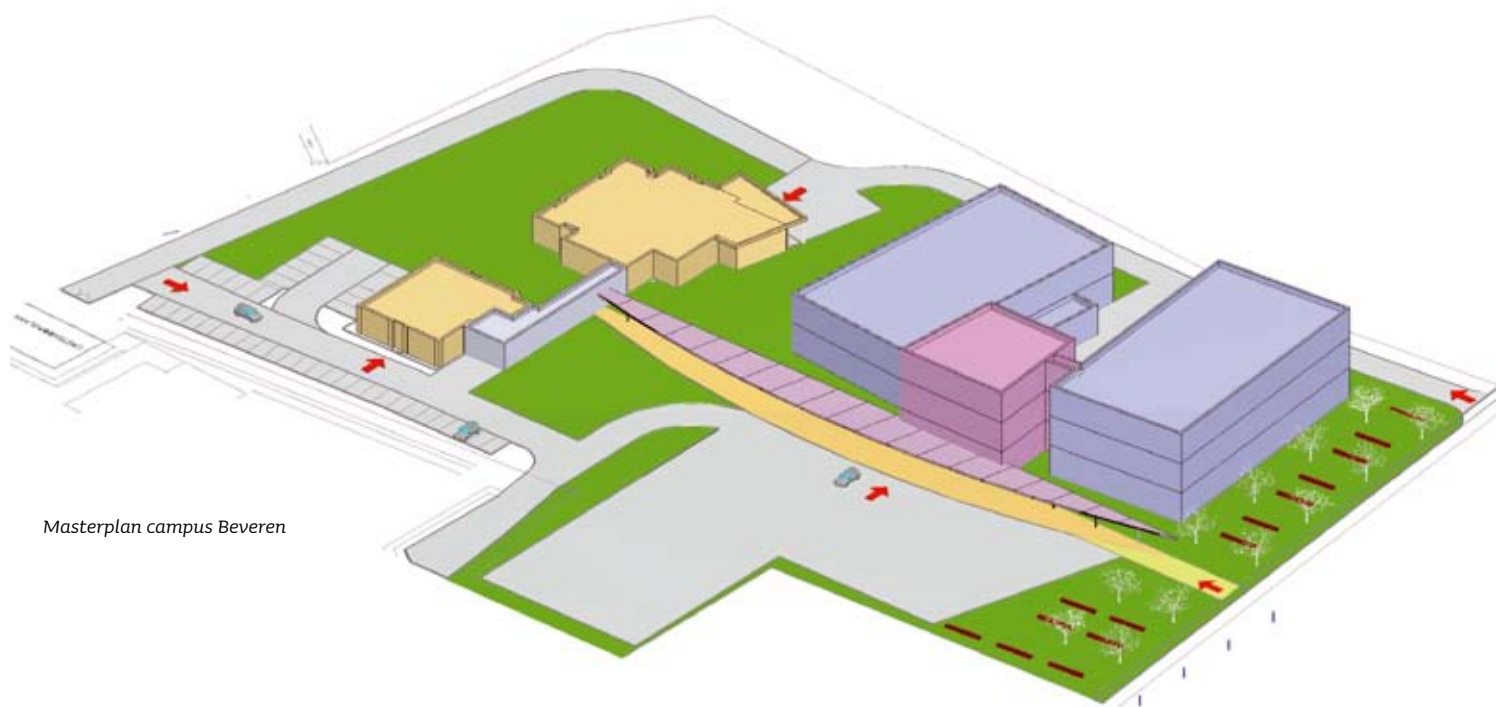
Op de eerste verdieping worden de twee geriatrische diensten ondergebracht. In het huidige, oude gebouw liggen beide diensten op een verschillende verdieping, wat de werking bemoeilijkt. In de nieuwbouw zal de loopafstand tussen beide afdelingen voor verpleegkundigen en artsen beperkt blijven. Alle faciliteiten voor goede geriatrische zorg zullen aanwezig zijn. Er komt ook een geriatrisch dagziekenhuis, een ruime eetzaal en revalidatieruimte.

Tweede verdieping

Op de tweede verdieping wordt in één vleugel de dienst Sp-locomotorische revalidatie ondergebracht met faciliteiten voor de revalidatie van zowel gehospitaliseerde als ambulante patiënten.

In de andere vleugel komt het chirurgisch dagziekenhuis met een twintigtal plaatsen. Er worden drie operatiezalen voorzien, gebouwd volgens de meest moderne normen.

De verwachting is om binnen een viertal jaar de nieuwbouw in gebruik te nemen. We kijken dus hoopvol uit om in 2012 de patiënten te ontvangen in een volledig nieuwe omgeving.



Masterplan campus Beveren

Intra-operatieve beeldvorming in de O-arm

Sinds april 2008 beschikt het AZ Nikolaas over een nieuw toestel voor intra-operatieve beeldvorming: de "O-arm" deed zijn intrede in het operatiekwartier van campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat. Voor het AZ Nikolaas een ware primeur, gezien dit het eerste toestel is dat in de Benelux in gebruik werd genomen.

De O-arm, genoemd naar de circulaire vorm van de scan, werd enkele jaren geleden ontwikkeld door Breakaway Imaging°, dat recent opging in de grote medische technologiereus Medtronic°, die in talloze takken van de geneeskunde (neurochirurgie, cardiologie, pijnbehandeling, vaatheelkunde,...) haar producten aanbiedt.

The past

In het verleden was het mogelijk om tijdens een ingreep beelden te maken met behulp van conventionele röntgenstralen. Dit gebeurde met een "C-arm" (of C-boog, genoemd naar de C-vorm van het toestel), die klassieke tweedimensionale Rx-opnamen maakt. Jammer genoeg verstrekken deze vaak te weinig informatie en is het gebrek aan ruimtelijke informatie in drie dimensies vaak een gebrek.

Een aantal jaren geleden werd een intra-operatieve NMR-scan ontwikkeld, die tijdens een operatie beelden maakt van de regio waar de ingreep gebeurt. Jammer genoeg bleken ook hier verschillende beperkingen op te duiken: de scan kon in de praktijk enkel gebruikt worden voor operaties aan het hoofd. Ook bleek



Afb. 1: De O-arm wordt vóór de ingreep gepositioneerd aan het hoofdeinde van de patiënt, van waaruit hij tijdens de ingreep over de operatietafel kan geschoven worden.

de resolutie van de beelden betrekkelijk laag te zijn, zodat veel belangrijke details verloren gaan. De aanpassing van de operatiezalen en de instrumenten, waarin geen metaal meer aanwezig mag zijn omwille van de sterke magnetische spoelen in de scan, bleek bovendien omslachtig en peperduur.

The present

De O-arm, die net zoals een CT-scan werkt met röntgenstralen, biedt het voordeel dat tijdens de ingreep zowel klassieke tweedimensionale Rx-opnamen kunnen gemaakt worden, als ook gedetailleerde 3D-beelden.

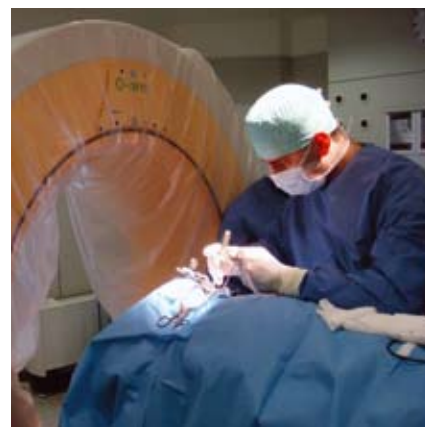
De scan wordt voortgaand aan de ingreep "geparkeerd" in een bepaalde positie over de pa-

tiënt, die op een operatietafel uit carbon ligt (afb. 1). Deze carbontafel laat toe het hele lichaam zonder artefacten te scannen. Wanneer de scan niet gebruikt wordt, kan hij met één enkele druk op de knop zichzelf verwijderen uit het operatiegebied, zodanig dat de chirurg kan verder werken. Wanneer nieuwe beeldvorming nodig is, zorgt dezelfde knop ervoor dat de scan opnieuw zijn exacte vroegere positie aanneemt en nieuwe beelden maakt van de operatieregio (afb. 2). Deze kunnen op een beeldscherm (afb. 3) telkens weer vergeleken worden met eerdere beeldopnamen, waardoor de chirurg de evolutie van zijn ingreep op elk moment kan volgen.

Bij een operatie voor een hersentumor bijvoorbeeld, kan op die manier gevolgd worden in welke mate de tumor (die vaak moeilijk met het blote oog te herkennen is) weggehaald is of niet. Ook is het zo, dat de positie van een hersenletsel kan wijzigen gedurende de ingreep, bijvoorbeeld door oedeem van de hersenen. Op dat moment bewijst de O-arm zijn nut door de neurochirurg in staat te stellen zich aan te passen aan de nieuwe positie van het letsel.

The future

Ondertussen werd de O-arm ook reeds gekoppeld aan een neuronavigatiesysteem (afb. 4). Dit laatste is een high-tech neurochirurgisch toestel, dat met behulp van een heleboel software op elk moment tijdens een ingreep tot op één mm nauwkeurig kan bepalen waar de instrumenten van de chirurg zich bevinden. Enigszins zoals een GPS-systeem dus, maar dan véél nauwkeuriger.



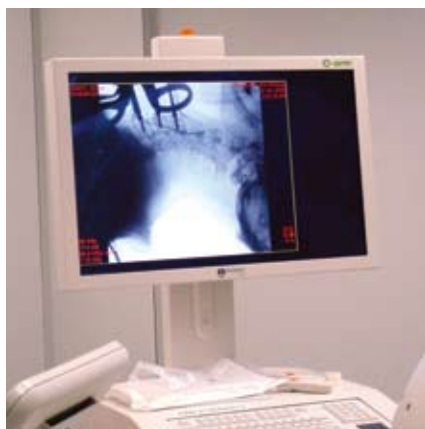
Afb. 2: De O-arm kan tijdens de ingreep zonder problemen vanuit zijn "geparkeerde" positie over de operatie-regio worden bewogen.

het AZ Nikolaas:

Zo konden we samen met collega's Dr. Van Buyten en Dr. Smet van ons pijncentrum een thermocoagulatie van het ganglion van Gasser uitvoeren bij een patiënt met moeilijk behandelbare trigeminusneuralgie. De positie van de coagulatiennaald, die door de neuronavigatie werd aangegeven, kon tijdens de procedure worden geverifieerd met de O-arm.

In de nabije toekomst zal de O-arm ook gebruikt worden voor intra-operatieve beeldvorming bij functionele neurochirurgie. Hierbij kan tijdens een ingreep voor implantatie van diepe hersenelektroden voor de behandeling van ziekte van Parkinson, essentiële tremor, dystonie, enz ..., peroperatief de positie van de elektrode worden gecontroleerd. Ook vroegtijdige complicaties, zoals kleine bloedingen bij inbrengen van de elektrode of malpositionering van de elektrode kunnen hiermee worden vermeden of tijdig opgevangen.

Een andere niet onbelangrijke toepassing vinden we in de traumachirurgie: bij een patiënt die bijvoorbeeld na een zwaar verkeersongeval dringend naar de operatiezaal moet gebracht worden (voor een ingreep aan de grote bloedvaten, de buik, de longen, ...) en waarbij er geen tijd is voor uitgebreide beeldvorming, kan in de operatiezaal zelf een scan van het hele lichaam gemaakt worden.



Afb. 3: Aan de hand van de scan-opnamen is de evolutie van de ingreep op het beeldscherm te volgen.



Afb. 4: Het neuronavigatietoestel kan gekoppeld worden aan de O-arm en toont zo tijdens hersenchirurgie op elk moment de exacte positie van een instrument.

De kritieke patiënt moet niet meer naar de dienst radiologie worden gebracht, zodat geen kostbare tijd verloren gaat.

De indicaties voor het gebruik van de O-arm zullen zeker nog toenemen: bij pijnbestrijding, vaatheelkunde, stomatologische ingrepen enz... zal deze intra-operatieve scan ongetwijfeld zijn nut bewijzen.

Zijn meerwaarde voor de kwaliteit van chirurgische zorg in het AZ Nikolaas is alvast een feit!

Dr. Raf Van Paesschen
Neurochirurgie
raf.vanpaesschen@aznikolaas.be

Primeur in AZ Nikolaas:

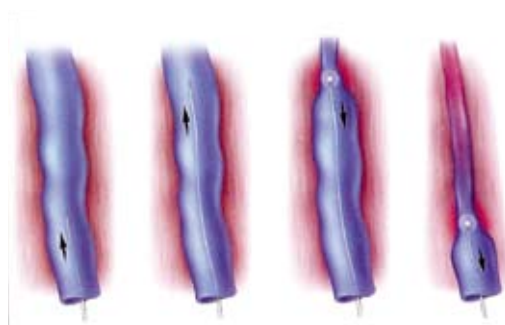
Endoveneuze laserbehandeling van met de 1470 nm diode laser

Alhoewel 50% van de volwassen populatie symptomen heeft van veneuze insufficiëntie, hebben 20% à 25% van de vrouwen en 10% à 15% van de mannen zichtbare varices (1). De behandeling van chronisch veneuze insufficiëntie heeft de laatste jaren een belangrijke vooruitgang gemaakt.

De standaard behandeling van oppervlakkige veneuze insufficiëntie met primaire stamvarices bestond gedurende bijna een eeuw uit stripping van de vena saphena magna en/of parva, ligatureren van perforante venen en convectomie. Niettegenstaande de resultaten op korte termijn meestal goed zijn, is chirurgische ligatie en stripping geassocieerd met complicaties zoals infectie, haemotoomvorming, paresthesiën en recidief.

Klinisch recidief van varices varieert van 20% tot 80% na een interval van 5 tot 20 jaar (2). Een uitgebreide crosssectomie met onderbinden van veneuze zijtaken zou een belangrijke oorzaak zijn van neovascularisatie en aldus recidief. Met de nieuwe minimaal invasieve endoveneuze laserbehandeling kan men dit probleem voorkomen.

In 1999 startten dr. Boné en dr. Navarro met de endoveneuze laserablatie van de insufficiënte vena saphena magna (3,4). Endoveneuze laserbehandeling creëert een niet-trombotische occlusie van de vena saphena magna door thermische laserenergie door te geven aan de venewand met endotheeldestructie, microperforaties, collageendenaturatie en fibrosing tot gevolg. (fig. 1)



Figuur 1

Lasers met golflengtes van 810nm, 940nm, 980nm en 1320nm werden met succes gebruikt. (fig.2)

De laatste 5 jaren werden indrukwekkende resultaten gepubliceerd van meerdere grootschalige studies met een laag complicatiepercentage en een hoog succespercentage. Dit maakte van de endoveneuze laserbehandeling een aanvaardbare therapeutische optie om reflux in het oppervlakkig veneus systeem te elimineren (5,6,7).



Figuur 2



Figuur 3

In oktober 2006 werd in AZ Nikolaas gestart met endoveneuze laserablatie van de VSM gebruik makend van de 980nm diodelaser. Op 25 april 2008 werd in primeur voor het Waasland de 1470 nm laser gebruikt.

De ingreep gebeurt onder algemene of spinale anesthesie. Door middel van percutane punctie of een minimale denudatie van de VSM ter hoogte van de enkel, wordt een 5Fr sheath opgeschoven (fig. 3).

Een 0,035 guidewire wordt opgeschoven tot in de vena iliaca externa waarover een diagnostische angiografiekatheter wordt opgevoerd tot op niveau van de saphenofemorale junktie. Met behulp van duplex of flebografie wordt de saphenofemorale junktie gelokaliseerd. De guidewire wordt vervangen door de laserfiber met de lasertip 1,5cm voorbij het distale uiteinde van de angiografiekatheter. (fig.4)

De lasertip wordt nu 1,5cm distaal van de sapheno-femorale junktie geplaatst met oplichten van het rode laserlicht in de liesregio (fig. 5).

Eens de laserfiber ter plaatse wordt lokale tumescentie anesthesie toegediend onder de vorm van een mengsel van fysiologisch serum en lidocaïne (fig.6).

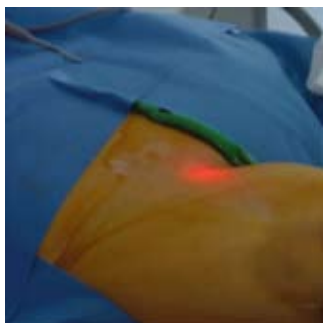
Op die manier worden de periveneuze weefsels (zenuwen en huid) beschermd tegen de lokale hitte. De laserfiber wordt nu geactiveerd en er wordt een 2 seconden durende pulse gegeven. Na iedere pulse wordt de laserfiber 3mm teruggetrokken. De fibertip kan door de transluminescentie van de tip (rode lichtje) goed gevolgd worden. Zo wordt de VSM geoblitereerd vanaf inguinaal tot op niveau van de knie. Gemiddeld wordt 50 à 90J/cm gegeven.

Postoperatief wordt een elastisch compressieverband aangelegd gedurende 24 uur en nadien dient een compressiekous gedurende 3 weken gedragen te worden.

primaire stamvarices



Figuur 4



Figuur 5



Figuur 6

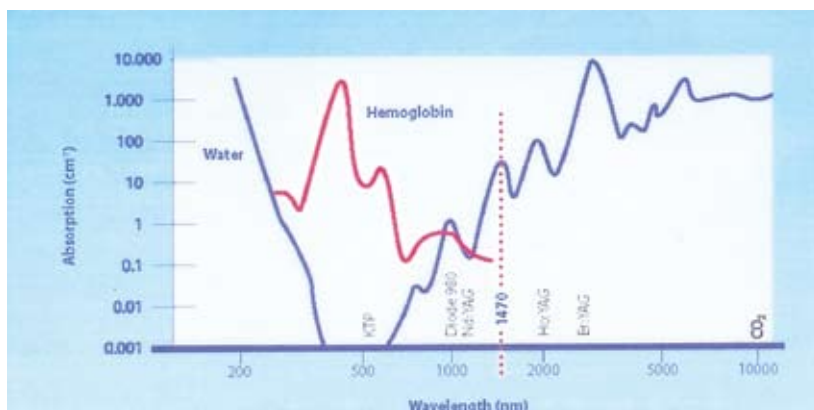
De patiënt krijgt gedurende 10 dagen trombose-profylaxe. Als pijnstilling wordt meloxicam voorgeschreven. De belangrijkste voordelen van de endoveneuze laserbehandeling in vergelijking met de klassieke stripping zijn:

1. geen liesincisie en dus minder litteken;
2. minder pijn;
3. minder haematoomvorming;
4. minder neuralgieën;
5. snellere werkhervatting.

Het verschil tussen de 1470nm en 980nm diodelaser is het absorptiespectrum. Daar waar de 980nm-laser geabsorbeerd wordt door haemoglobine wordt de 1470nm-laser preferen-

tieel geabsorbeerd door intracellulair water in de venewand en H₂O in het bloed (fig.7).

Perforaties van de venewand komen minder frequent voor bij gebruik van de 1470nm-laser. Bijgevolg zijn er nog minder ecchymosen en dus minder pijnklachten. Recent rapporteerde U. Maurins (8) een 100% reflux-eliminatie bij 100 patiënten na 6 maanden follow-up. Ondertussen werden reeds meerdere patiënten in ons ziekenhuis behandeld met 1470nm lasertechniek.



Figuur 7

Referenties:

1. Callam MJ. Epidemiology of varicose veins: Br. J. Surg. 1994; 81: 167-173
2. Eklof B et al. Recurrence of primary varicose veins. In: Controversies in the management of venous disorders: Bitterworths; 1989: 220-233
3. Boné C. Tratamiento endoluminal de las varices con laser de Diode. Estudio preliminar. Rev. Patol Vasc. 1999; 5: 35-46
4. Navarro L. et al. Endoveneus laser: a new minimally invasive method of treatment for varicose veins- preliminary observations using 810nm diode laser. Dermatol Surg. 2001; 27: 117 - 122
5. Agus GB et al. The first 1000 cases of Italian Endoveneus-laser Working Group. Rationale, and long-term outcomes for the 1999-2003 period. Int. Angiol. 2006;25:209-215
6. Min RJ et al. Endoveneus laser ablation of varicose veins. J Cardiovasc Surg. 2005;46:395-405

Dr. Stephen Verbeke

Thoracaal en vasculair chirurg
stephen.verbeke@aznikolaas.be

Infusie sprak met...

Dr. Serge Lievens

Coördinerend en raadgevend arts in zorgcentrum De Ark

Uit cijfers van de algemene directie statistiek en economie van de FOD economie, blijkt dat er in 2007 reeds 2,36 miljoen zestigplussers waren tegen 2,06 miljoen in 1991, wat overeenstemt met een gemiddelde aangroei van 18.900 ouderen per jaar. Binnen deze groep vinden we ook steeds meer hoogbejaarden. Met de toenemende vergrijzing doen ouderen een steeds groter beroep op de gezondheidszorg waardoor de kosten ervan toenemen. Sommige ouderen hebben speciale medische zorg nodig. De overheid heeft hier op ingespeeld door de invoering van een specifiek geriatrisch zorgprogramma in de ziekenhuizen.

Geriatrische zorgverlening moet tot doel hebben een betere opvang en behandeling van geriatrische patiënten te bewerkstelligen waardoor zelfredzaamheid zo veel mogelijk hersteld of verbeterd wordt en de bejaarde langer in de eigen woon-situatie kan blijven en de dreiging van blijvende hulpbehoefte zo veel mogelijk wordt afgewend.

De oprichting van een geriatrisch dagziekenhuis, geriatrisch supportteam, voetklinik, geheugenklinik en het ontslagmanagement zijn enkele van de initiatieven welke kaderen in deze doelstelling. De fysische en geestelijke gesteldheid spelen een rol, maar ook de thuissituatie is van groot belang.

AZ Nikolaas wil samen met de extramurale zorgverstrekkers een zorg op maat van de geriatrische patiënt aanbieden en legde zijn oor te luisteren bij dr. Serge Lievens, huisarts en CRA bij zorgcentrum De Ark in Sint-Niklaas.

Wat is de functie van een CRA?

CRA staat voor "coördinerend raadgevend arts". Hij/zij coördineert de medische dossiers van alle WZC patiënten. Elk WZC (woon- en zorgcentrum) is wettelijk verplicht om een CRA aan te stellen. Maandelijks is er een vergadering en worden alle WZC bewoners besproken. Als er problemen zijn, probeer ik die op te lossen of wordt er advies gegeven aan de hoofdverpleegkundige die dan contact opneemt met de behandelende huisarts. Ik heb als CRA dus geen rechtstreeks contact met de huisarts. Via deze weg proberen we een uniform zorgbeleid uit te bouwen. Ik maak ook deel uit van het ethisch comité waar alle ethische kwesties, worden besproken en van het palliatief comité waar alle palliatieve patiënten geëvalueerd worden. Daarnaast neem ik deel aan de maandelijkse diensthoofdenvergadering waar onder andere personeelsaangelegenheden worden besproken. Ik functioneer in feite als bemiddelaar tussen directie en personeel. Ik beluister bepaalde problemen en probeer er samen met hen een oplossing voor te zoeken.

Hebt u een speciale opleiding als CRA gevolgd?

Totaal niet. Ik ben er in feite ingerold. Maar door mijn jarenlange werkzaamheden als huisarts heb ik toch veel ervaring opgebouwd in het reilen en zeilen binnen een WZC.

Binnenkort zal er, om wettelijk in orde te zijn, toch een specifieke opleiding moeten gevolgd worden. Het is nu reeds mogelijk om aan de VUB een bijzondere licentie in de gerontologie* (*master in het management, zorg en beleid in de gerontologie) te volgen. Deze opleiding duurt 2 jaar.

Wordt er in de opleiding en bijscholing van huisartsen voldoende aandacht besteed aan de geriatrische patiënt (bv. op het vlak van medicatie)?

Specifieke geriatricie daar kregen wij (ik) geen echte opleiding over. Ik weet niet of dat nu reeds in het curriculum vervat zit, maar ik denk het niet. Geneeskunde heeft zoveel verschillende deelspecialiteiten dat het misschien ook moeilijk is om dit te concretiseren. Er zijn wel specifieke congressen waaronder een wintermeeting in Oostende. Het probleem is dat dergelijke cursussen in de week worden gegeven. Dat is spijtig, voor een soloarts is het immers niet gemakkelijk om zich in de week vrij te maken.

Met welke problemen wordt je als CRA geconfronteerd?

Het grootste probleem is de diversiteit van het zorgbeleid. Het is zo versnipperd, het voorschrijfgedrag verschilt van arts tot arts. Dit is waar we naar toe willen: een uniform zorgbeleid. Zowel voor de verpleegkundigen als voor de patiënt zou dit beter zijn.

Is er dan geen formularium?

Er is een formularium maar in de praktijk wordt dit eigenlijk niet gebruikt en dat zal waarschijnlijk niet veranderen zolang het geen wettelijke verplichting is. Het rusthuis werkt via een privé apotheek. Ik zou ook liever hebben dat er met een formularium gewerkt wordt, wat gemakkelijker zou zijn voor de verpleging en waardoor fouten in het klaarleggen van de medicatie kunnen vermeden worden. Slechts uitzonderlijk wordt het door de directie van een woon- en zorgcentrum (niet in de Ark) verplicht en dan is er veel tegenkanting door de artsen.

Bent u tevreden over de samenwerking met het ziekenhuis?

Er is een verschil tussen mijn functie als CRA en mijn activiteit



als huisarts. Als CRA neem ik zelf geen contact op met een bepaalde dienst of specialist in het ziekenhuis, maar ik heb toch de indruk dat de samenwerking, bijvoorbeeld om een bewoner die in het ziekenhuis opgenomen was terug naar huis te krijgen, vrij vlot verloopt.

Als huisarts spreek ik een andere taal. Er is een veel persoonlijkere relatie. Uiteraard is de ene collega gemakkelijker bereikbaar dan de andere. Als ik iemand moet laten opnemen, neem ik steeds contact op met de collega specialist om de problematiek te bespreken. Je werkt eigenlijk op een ander niveau; als CRA werk je meer aan het algemeen zorgbeleid terwijl je als huisarts meer persoonsgebonden werkt. Als CRA gaat dit niet omdat de meeste bewoners geen eigen patiënten zijn. Ik ga dus ook nooit interfereren tenzij er zeer ernstige problemen zijn.

Er is omkadering en overleg van begeleidingscommissie en ontslagmanagement. Merk je daar iets van als CRA? Verloopt de communicatie vlot?

Het ontslagmanagement en de begeleidingscommissie hebben zeker impact op de situatie, die zo geleidelijk aan verbetert, maar er moet nog een lange weg worden afgelegd. Alle rader-tjes moeten in elkaar passen, er is een mentaliteitswijziging nodig, zowel in het ziekenhuis als bij de verwijzende arts, en

dat heeft tijd nodig.

Zijn er manifeste tekorten in de samenwerking tussen rusthuizen en ziekenhuizen? Wat kan beter? Het MRSA beleid is voor verbetering vatbaar.

Heeft de overheid u als CRA op de hoogte gebracht van de invoering van het geriatrisch zorgprogramma in de ziekenhuizen?

De overheid communiceert weinig met ons. De functie van CRA wordt in feite door ieder rusthuis anders ingevuld. Er zijn grote verschillen: in elk rusthuis doet iedere CRA iets totaal anders.

Gelukkig hebben in het Waasland de CRA's de krachten gebundeld. Zo is er onder andere een draaiboek voor infectiebeleid dat wij samen hebben opgesteld zodat we in alle rusthuizen van het Waasland hetzelfde infectiebeleid kunnen voeren. Ik vind het spijtig dat de overheid daar niet meer regulerend optreedt. In feite zijn we rechter en advocaat tegelijk en dat kan niet. Wij worden betaald door het rusthuis via een overheidstoelage: een bepaald percentage is voorbehouden aan de CRA-arts.

Als er weinig gecommuniceerd is over het geriatrisch zorgprogramma, hoe kijkt u er dan tegen aan? Is er argwaan?

Ik ervaar een dergelijk initiatief toch als positief. Er is ook geen interferentie met mijn werk als CRA. In feite komt het de patiënt alleen maar ten goede. Want daar hoor je toch over klagen: geriatrische patiënten die op een niet-geriatrische dienst terecht komen en daardoor soms aan hun lot worden overgelaten. Door de invoering van een geriatrisch supportteam zal een dergelijke situatie hopelijk tot het verleden behoren. De kwaliteit van de zorg zal verbeteren en in de WZC's zullen wij de patiënten beter terugkrijgen. Soms krijgen wij in het rusthuis de patiënt in een slechtere toestand terug dan bij opname, zelfs al is het initiële probleem opgelost. In de woon- en zorgcentra neemt de zorggraad ook elk jaar toe. We zien meer en meer zwaar zorgbehoevende ouderen.

Hebt u daar een verklaring voor?

De opname in een rusthuis wordt te duur. Patiënten worden hierdoor steeds later opgenomen. Als het echt niet anders meer kan, volgt opname in het rusthuis. De pathologie die we zien, wordt hierdoor steeds complexer en zwaarder. Het is dus zeker geen routinewerk.

Spelen wachtlijsten hierin een rol?

Er spelen twee zaken mee: de overheid heeft ervoor gezorgd dat het aantal bedden niet toeneemt en anderzijds is er de vergrijzing van de bevolking waardoor de pathologie bij ouderen steeds intenser wordt. Dat leidt automatisch tot problemen. We zien meer en meer dat patiënten eerst in een ziekenhuis terecht komen en dan via die weg naar een rusthuis gaan. De financiering speelt ook een rol: de rusthuizen worden gesubsidieerd per WZC bewoner, afhankelijk van de zwaartegraad van pathologie.

Hoe staat u tegenover het concept van een zorghotel? Kan dit een oplossing zijn?

Ik heb er al van gehoord maar ik ben er niet echt vertrouwd mee. We zien wel dat een WZC bijna een ziekenhuis is waardoor het voor de verpleging steeds zwaarder wordt.

Door minister Van Acker werd er recent een aantal projecten erkend waarbij bejaarden in een woon- en zorgcentrum kunnen overnachten. Hoe staat u tegenover dergelijk initiatief?

Wat gebeurt er dan met die bedden overdag? Wat misschien wel mogelijk is, en dat heeft “De Ark” geprobeerd, is dagopvang en dan kunnen die bedden gebruikt worden voor nachtopvang. Een dergelijke constructie lijkt wel zinvol want anders vrees ik voor problemen, bijvoorbeeld op het vlak van personeelsomkering. In De Ark hebben we ook nog een kortverblijf van 5 bedden: dit is een fase voor definitieve opname in het rusthuis, een periode van 30 dagen welke door de adviseur kan verlengd worden tot 90 dagen. Eigenlijk is dit een soort kennismaking met het rusthuis. Het wordt ook gebruikt voor mensen die een korte revalidatie nodig hebben. Wij zien ook meer en meer dat kortverblijven gebruikt worden om te komen sterven, als een soort palliatieve eenheid. Als rusthuis kunnen wij dit niet aan. Palliatieve patiënten hebben veel en specifieke zorgen nodig en dat gaat echt niet in een rusthuis. De acht palliatieve ziekenhuisbedden die AZ Nikolaas aanbiedt in de campus in Beveren is ook heel weinig.

Hoe zwaar leeft de ethische problematiek in de sector van de rusthuizen?

Dat is afhankelijk onder welke koepel je functioneert. De Ark maakt deel uit van de caritasgroep. Er is een palliatief overleg met de patiënt, de huisarts en de familie. Wij dienen ons aan de wettelijke normen te houden en in geval er euthanasie gevraagd wordt, kunnen wij dit in feite niet weigeren. In realiteit blijkt dat als je met de patiënt praat, hun angst of pijn wegneemt, er zelden naar gevraagd wordt. Over eventuele heropname in een ziekenhuis of niet laten wij een speciaal formulier tekenen dat in het dossier bewaard wordt. In het algemeen proberen we er toch voor te zorgen dat onnodige opnames vermeden worden.

Wat vindt u van het geriatrisch dagziekenhuis? Heeft dit een toegevoegde waarde?

Ik denk dat het op dit moment nog te weinig bekend is. De toegevoegde waarde situeert zich vooral op het vlak van diagnostiek en therapie. Revalidatie kunnen wij in de rusthuizen ook aanbieden, via onze kinesisten. Ik vind het wel een voordeel dat bepaalde onderzoeken of behandelingen met infusen op 1 dag

kunnen gebeuren, en niet alleen voor geriatrische patiënten. In feite zouden we de afspraken ook via internet moeten kunnen maken. Dat zou gemakkelijk zijn.

Bij de opstelling van het geriatrisch zorgprogramma was er initieel sprake van externe liaison, met andere woorden een overleg met de geriater van het ziekenhuis, maar finaal beperkt tot ontslagmanagement. Zou dit nuttig zijn?

In de thuiszorg bestaat er reeds een overlegorgaan met onder andere huisarts, verpleegkundige, mantelzorg, kinesist,... Dit wordt eigenlijk te weinig gedaan. Het zou best zijn deze overlegmomenten zoveel mogelijk te groeperen. Theoretisch kan dit dus een meerwaarde zijn, maar dit hangt af van de ingesteldheid van de geriater en er moet zeker ook financiering zijn.

Eén van de mogelijke zorgtrajecten van medicomut is “kwetsbare ouderen”. Wat is hierin de rol van de huisarts? Welke zorgtaken dienen er aan de huisarts toevertrouwd te worden?

Wat bedoelt men met kwetsbare ouderen? In de thuissituatie of in de rusthuizen? De thuissituatie is veel kwetsbaarder. De initiatieven zijn door de overheid met goede bedoelingen genomen, maar of ze kunnen ingevuld worden, zowel financieel als door een vermindering van het aantal huisartsen, is een andere zaak. De huisartsen zitten zeker niet te wachten op nog eens een overlegvergadering waar ze hun werk dan moeten aanpassen.

Krijgen bewoners in een WZC inspraak? Bij opname is er toch een verlies aan zelfstandigheid.

Dat is het grootste psychologische probleem van ouderen, dat ze bij opname in een WZC “alles” moeten afgeven. Wij proberen in ons rusthuis zo veel mogelijk rekening te houden met de eigenheid van de bewoner. We creëren een thuisvervangende situatie waarbij de gang de straat is. Er wordt veel belang aan privacy gehecht en de bewoners hebben inspraakmogelijkheden. Zo is er bijvoorbeeld een familierraad, een bewonersraad en een maaltijdcommissie. Er is ook een palliatief overleg met de patiënt, huisarts en de familie, bijvoorbeeld om te spreken over eventuele opname in het ziekenhuis.

Bedankt voor dit gesprek.

DR. MARC GEBOERS

DR. LEO VERGUTS



Dr. Yerma Coppens - Geriatrie

Dr. **Yerma Coppens** (° Gent, 1974) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Gent waarna ze zich specialiseerde in de **interne geneeskunde - geriatrie**.

Dr. Coppens werkte gedurende haar opleiding interne geneeskunde 1 jaar in Kaapstad, Zuid-Afrika. Daarnaast deed zij voor het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen projectwerking in Rwanda. Zij behaalde eveneens het brevet acute geneeskunde.

Haar interesse situeert zich op het vlak van infectieziekten, virologie en antibioticabeleid, waarvoor ze 1 jaar bijkomende opleiding volgde aan de KUL en RUG. In 2007 volgde zij aan de UCLA een bijkomende cursus geriatrie.

Dr. Coppens is sinds 1 februari 2008 werkzaam in AZ Nikolaas, waar zij samen met het GST (geriatisch supportteam) werkt aan de implementatie van het zorgprogramma geriatrie. Ze hoopt geriatrische zorg te zien evolueren naar een sterke multidisciplinair georganiseerde dienst met een goede samenwerking met de orgaanspecialisten en de eerste lijn.



Dr. Kristine Dyckmans - Nefrologie

Dr. **Kristine Dyckmans** (° Geel, 1976) studeerde geneeskunde aan de Katholieke Universiteit van Leuven waarna ze zich specialiseerde in de **interne geneeskunde - nefrologie**. Dr Dyckmans werkte gedurende haar opleiding in AZ KLINA, ACZA Stuivenberg, UZ Leuven en gedurende in 1 jaar in Kaapstad, Zuid-Afrika. Zij behaalde eveneens haar brevet acute geneeskunde.

Haar interesse gaat vooral uit naar peritoneale dialyse, waarvoor ze een bijkomende opleiding volgde in Leeds, Groot-Brittanië

Dr. Dyckmans werkt sinds 1 februari 2008 op de dienst nefrologie, waar ze wil meewerken aan de verdere uitbouw van de dienst nefrologie met accent op peritoneale dialyse, accesproblematiek en predialysezorg in al zijn aspecten.

CORRECTIES INFOGIDS 2008

In de infogids editie 2008 is een fout geslopen, hieronder vindt u de correcte informatie:

Blz. 12	Campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat	
	Medische beeldvorming	03 760 75 75
	Operatiekwartier	03 760 88 10

Onthaasten



De vakantie staat voor de deur. Een onbezorgde tijd, zo heet het. Le *dépaysement* – dat tot de verbeelding sprekende Franse woord, waarvoor om voor de hand liggende historische redenen in het Nederlands geen goede vertaling bestaat - wordt door vele tientallen miljoenen mensen jaarlijks in de praktijk omgezet. Weg uit de stress van de dagelijkse job, even niet bezig met geneeskunde... Maar zo eenvoudig blijkt dit niet te zijn.

Je hebt een exotische bestemming gekozen en de reisdocumenten hebben je er maanden van tevoren op gewezen tijdig te overleggen met je arts over de noodzakelijke vaccinaties. Het aanbod aan inenting is groot. Mazelen, bof, rubella, tetanos, difterie, kinkhoest, varicella, hemophilus, polio en hepatitis. Zelfs influenza krijgt een vermelding, al is griep krijgen het laatste waar je aan denkt als je op zomervakantie vertrekt. Gelukkig zijn wij Belgen reeds van kindsbeen af in een verhoogde staat van immuniteit gebracht en voorbereid om wereldburgers te worden.

Ook de reisgids, voor je de hoofdstukken met hotels en bezienswaardigheden aantreft, overlaadt je met goede raad over gezondheidsrisico's en voorzorgen, gaande van drinkbaar water tot veilige seks. We reizen om te leren.

Een heel hoofdstuk is gewijd aan malariapreventie. Muggezifterij. Voor jouw bestemming raadt de gids aan om als malariapreventie mefloquine te gebruiken. Uit eerdere ervaringen weet je dat dit medicament je psyche een flinke dreun kan geven en het is net die psyche die tot rust wil komen. Dus neem je je toevlucht tot wat extra muggenmelk. Die mag niet meer in de handbagage. Attente veiligheidsmensen kunnen niet steeds het onderscheid maken tussen muggenmelk en gecamoufleerde Semtex (een muggendoder van een ander kaliber). Dus gaat de reisapotheek mee in het laadruim in de hoop dat deze uiteindelijk ook op de juiste bestemming belandt. Volgens recente statistieken gebeurt dit ook met 98 % van de bagage en dit is geruststellend.

Het bezit van een reisapotheek is overigens geen garantie tegen de wraak van Montezuma, buiten Mexico ook bekend als *turistica* of reizigers-diarrhee, maar daarom niet minder wraakzuchtig. Afhankelijk van je bestemming liggen de kansen hierop tussen 10 % en 60 %. De boodschap blijft: geen ongekookt voedsel – voedselkraampjes zien er vaak tongstrelend uit, maar blijken later darmverwoestend – en steeds fleswater te gebruiken na controle dat de fleskurk ongeopend is. Enige paranoia is niet overbodig.

Eens onderweg zijn er de ingecalculerde ongemakken. Kleinere zoals reisziekte, jetlag en barotrauma bij opstijgen en dalen (eenvoudig te

voorkomen door te kauwen of slikken en door kleine kinderen iets te laten eten). Meer bedreigende zoals het risico op thromboflebitis door het lange stilzitten. Als je al plannen had om de middengang van het vliegtuig als fitness passage te gebruiken, zijn er de turbulenties die er een stokje voor steken en je aan je stoel kluisteren.

En er is bovendien de lage zuurstofdruk bij lijnvluchten op grote hoogte. Die wordt weliswaar gecorrigeerd en opgetrokken naar een partiële zuurstofdruk van ongeveer 65 mm Hg – wat overeenkomt met een verblijf op een hoogte van 2500 meter – toch kan dit voor gevoelige personen problemen geven.

Veilig vastgegespt in je stoel, kijk je dromerig door het raampje en zet de blik op oneindig. Maar niet voor lang. De job laat je niet zomaar los. Halverwege de vlucht hoor je de omfloerste stem van het cabinepersoneel met enige aandrang een geneesheer oproepen naar de eerste klas. Binnensmonds vervloek je Hippocrates. Wanneer je het gordijntje naar de eerste klas opent, hebben zich daar reeds vijf artsen rechtgezet en zich gebogen over de onfortuinlijke reiziger. Een zesde advies over de wenselijkheid van een tussenlanding (we vliegen over de oceaan) kan de verwarring alleen maar vergroten. Het geweten gesust, draai je om en herwin je proletarische plaats.

Wanneer uiteindelijk het landingsmaneuver wordt ingezet, overloop je nog enkele last-minute raadgevingen uit de gids: vermijdt ongekookt voedsel en deshydratatie, intensieve buitenactiviteiten op warmtijdstoppen in gepollueerde streken, avond- en nachtactiviteiten in gebieden met malaria, nachtelijk transport in afgelegen gebieden, politiek onstabiele streken (zeker in verkiezingstijd), procedures als piercing, tatoeages, venepunctie, gemeenschappelijk scheergerief in kapperszaken, te snel hoogte winnen in bergachtige streken (vanaf 2500 meter heb je de laatste muggen afgeschud maar dreigen symptomen van hoogteziekte), direct contact met dieren, zwemmen in stagnerend of traag stromend water, ... Of overweeg je een goede verzekering voor repatriëring.

Zullen we volgend jaar met de fiets naar Kamperland gaan ?

Aanvullend reisadvies vind je op : www.itg.be
www.who.int/ith

DR. FRANCIS RUYTS