

# Infusie

- 06** Infusie sprak met: dr. Anne-Marie Verbruggen, Ziekenhuishygiëne
- 15** Opstart PHTLS Vlaanderen
- 16** AZ Nikolaas kiest voor ziekenhuisbrede accreditatie door NIAZ
- 18** SPECT-CT in AZ Nikolaas

# 20

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas



Jaargang 5 - nr. 20  
maart - april - mei 2013  
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:

Prof. Dr. Philippe Duyck  
Koen Michiels  
Natalie Nevelsteen  
Dr. Philip Nieberding  
Dr. Pascal Van Ranst  
Dr. Leo Verguts

### WERKTEN MEE:

Herman Andries  
Karolien Brangers  
Dienst Anesthesie  
Dr. Patrick De Meyere  
Dr. Koen Melis  
Apr. Bioloog Geert Mistiaen  
Bruno Pletinck  
Dr. Francis Ruys  
Dr. Griet Vermeulen

### VORMGEVING:

Dienst communicatie AZ Nikolaas

### ILLUSTRATIES:

Alex Deyaert  
Cphotos

Edito	3
Ortho-geriatrie: het project 2 jaar na implementatie	4
Infusie sprak met: dr. Anne-Marie Verbruggen	6
Symposium Anesthesie anno 2013: een update	11
Bangabola	12
Nieuwe gezichten	14
Opstart PHTLS Vlaanderen	15
Minisymposium accreditering	16
Symposium Het geriatrisch brein in een notendop	17
SPECT-CT in AZ Nikolaas	18
Nieuwe gezichten	22
Met pensioen: Apotheker klinisch bioloog Edward De Vré	23
Column: De laatste bladzij	24

## Agenda

*16 mei*

**Videoconferentie: Neuro-endocriene tumoren**

*13 juni*

**Videoconferentie: Evidence based medicine**

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

# Edito



In dit nummer stellen we u een nieuwe dienst en een aantal belangrijke mensen voor. Uiteraard kunt u kort kennismaken met onze nieuwe artsen en staan we even stil bij het afscheid nemen van een belangrijk klinisch bioloog en bij het verdwijnen van de 'laatste bladzij'.

Het jaar 2012 leerde ons terug bescheiden te zijn. De confrontatie met CPE teisterde onze agenda's en noopte tot bijwijlen dramatische ingrepen. Opnieuw lijken kiemen de overhand te nemen op menselijke interventies en dure medicatie. Opnieuw wordt pijnlijk duidelijk dat voorkomen van ziek zijn zoveel belangrijker wordt, en nog zal worden, dan genezen. Een strikt invoeren en bewaken van een beleid van preventie van overdracht van ziekteverwekkende micro-organismen door het opmaken en toepassen van hygiënische voorzorgsmaatregelen dringt zich op. De bedreiging van multidrugresistente organismen is wereldwijd immers toenemend en het therapeutisch arsenaal raakt uitgeput. Er zijn al geen effectieve medicamenten meer beschikbaar om sommige van de multidrugresistente Gram Negatieve staaftinfecties te behandelen en er zijn slechts een handvol nieuwe antibiotica in ontwikkeling. Ook de industrie lijkt af te haken.

Ons ziekenhuis gaat alvast massaal de strijd aan tegen de overdracht van ziektekiemen. Handhygiëne en het correct naleven ervan werd het thema van de laatste maanden. Dit wordt dag in dag uit meegenomen als de standaardvereiste in de goede zorg voor iedere patiënt. Bescherm uzelf en daarmee ook uw omgeving, uw familie, uw patiënt en uw volgende patiënten. Zo maken we van ons ziekenhuis vooral voor onze patiënten een veilige omgeving. In de bevordering van de handhygiëne in ons ziekenhuis is ons team ziekenhuishygiëne een levensbelangrijke speler. Hun rol en opdracht en de taak van dokter Anne-Marie Verbruggen hierin wordt in het interview uitvoerig belicht.

De confrontatie met CPE verplicht ons om nog meer stil te staan bij hoe zorg aangereikt wordt. En dat is nu juist het 'kernthema' van het accrediteringstraject dat we ziekenhuisbreed in 2013 wensen aan te vatten. Over de weg daar naartoe ook meer in dit nummer.

Ons ziekenhuis profileert zich ook steeds meer in het aanbieden van topklinische zorg voor de kankerpatiënten in de brede regio. Hiervoor zetten dagelijks onze orgaanspecialisten, onze chirurgen maar ook onze oncologen en radiotherapeuten en alle medewerkers zich sterk in. Niet alleen therapeutisch willen we hier topzorg aanbieden, ook diagnostisch willen we dit niveau zeker aankunnen. In dat kader past de totale vernieuwing van de dienst Nucleaire geneeskunde en zijn inbedding in de dienst Medische & Moleculaire Beeldvorming. De 'traditionele' medische beeldvormingstechnieken zoals CT, MRI en echografie worden van oudsher routinematig ingezet in de diagnostiek van kanker maar ook om de therapeutische interventies op kanker naar effectiviteit te beoordelen. In de shift van conventionele cytostatica naar nieuwe preparaten tegen specifieke moleculaire targets gebruikt men nieuwe beeldvormingstechnieken. Moleculaire beeldvorming: de visualisatie, karakterisatie en meting van biologische processen op moleculair en cellulair niveau bij mensen en andere levende systemen kent een bijzonder snelle evolutie en speelt een steeds belangrijker rol in de diagnose van kanker en het management van deze patiënten. Single photon emission computed tomography (SPECT) en Positron emission tomography (PET) zijn zulke nieuwe technieken. Dergelijke hybride systemen veroveren nu zienderogen de markt en anderen, zoals MRI Pet zijn in de laatste fase van een betaalbare commerciële ontwikkeling. Ons ziekenhuis is niet weinig fier om sinds 22.10.2012 te beschikken over twee state-of-the-art Spect CT's gelokaliseerd op de dienst Medische & Moleculaire Beeldvorming.

We wuiven in dit nummer ook collega E. De Vré uit, jarenlange loyale enthousiaste klinisch bioloog van ons ziekenhuis. En we nemen eveneens, met droefheid, afscheid van de 'laatste bladzij', trouw verzorgd door collega dr. F. Ruys, altijd met een verstandige, stijlvolle knipoog neergepend. Ook hier past een woord van dank en erkenning. Infusie zal niet meer hetzelfde zijn.

2013 belooft weer belangrijk, spannend, interessant, nieuw, uitdagend moeilijk te zullen worden. Maar het ziekenhuis groeit en meer dan ooit willen we investeren in kwaliteit. Het wezen zelf van ons ziekenhuis verandert continu en voortdurend. Dat heet dan groei, vooruitgang, performantie, verbetering, succes, ontplooiing.

Laten we vooral onszelf niet verliezen in de plooiën.

Prof. dr. Philippe Duyck  
Medisch directeur

# Ortho-geriatrie:

## Het project, 2 jaar na implementatie

**Onze huidige samenleving evolueert naar een dubbele vergrijzing. Men voorspelt een toenemende levensverwachting met meer dan 5 jaar (88,87 jaar voor vrouwen en 83,90 jaar voor mannen, in 2050) Deze demografische evolutie vertaalt zich in de ziekenhuispopulatie: het aantal 85-plussers stijgt exponentieel waardoor het aantal patiënten met een geriatrisch profiel op de verblijfsafdelingen toeneemt. Als antwoord op deze toenemende veroudering startten, binnen het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in AZ Nikolaas, verschillende projecten, onder andere het zorgpad ortho-geriatrie in samenwerking met de dienst orthopedie.**

Op de afdelingen Orthopedie is de vergrijzingstrend wat betreft de patiëntenpopulatie reeds enkele jaren realiteit. Tegen 2030 voorspelt men een toename van circa 30% prothesen ten opzichte van 2010. Wereldwijd voorspelt men een stijging van de heupfracturen van 1,66 miljoen (1990) tot 6,26 miljoen (2050). Het aantal geriatrisch-orthopedische patiënten zal in de toekomst gradueel toenemen.

### Het project ortho-geriatrie

In 2009 werd het project "ortho-geriatrie" opgestart. Deze samenwerking tussen de dienst Orthopedie Care To Move en dr. Jordi Miguel-Ramos (geriater) heeft als doel om patiënten met een geriatrisch profiel na een orthopedische ingreep binnen een optimaal traject te laten revalideren.

10 G-bedden werden hiervoor op de campus Beveren ter beschikking gesteld als ortho G-bedden.

De patiënten die in aanmerking komen voor dit traject zijn ouder dan 70 jaar en hebben een electieve ingreep ondergaan (bij voorkeur het plaatsen van een totale heupprothese, totale knieprothese of het plaatsen van een totale heupprothese ten gevolge van een valpartij of een osteoporotische fractuur). De patiënten moeten revalideerbaar zijn. Doel is de terugkeer naar de thuissituatie.

### Het traject bestaat uit 4 fasen:

#### 1. Orthopedisch luik:

De niet-geplande opnames en spoedopnames vragen bijkomende aandacht naar opvolging. Een efficiënte medische beslissing laat de patiënt toe om snel te mobiliseren en geeft snel duidelijkheid over de volgende stappen in het traject van het herstel- en revalidatieproces. De behandeling van fracturen wordt bepaald door het type breuk, de levensverwachting en de functionele mogelijkheden van de patiënt voor de breuk.

Patiënten die voor de breuk ambulante waren, worden zo behandeld dat ze nadien zo snel mogelijk revalideren en terug kunnen keren naar hun thuishouding teneinde de ziekenhuis-

kosten en de ligduur maximaal te beperken. Eens die duidelijkheid is gecreëerd, contacteert de hoofdverpleegkundige orthopedie het geriatrisch supportteam (GST). Het GST volgt de patiënt uitgebreid via een geriatrisch assessment. Het adviseert of de patiënt al dan niet in aanmerking komt voor een transfer naar ortho-G. De Sociale dienst inventariseert de totale sociale context van de patiënt. De bedoeling is dat de patiënttransfer uiterlijk op de vijfde dag postoperatief gebeurt op voorwaarde dat de acute chirurgische zorgen onder controle zijn. Op de dag van transfer coördineren de zoneverpleegkundigen van beide afdelingen de rechtstreekse informatie-overdracht.

#### 2. Geriatrisch luik:

Op de dag van overname wordt de patiënt door de geriater uitvoerig onderzocht en geëvalueerd. Multipathologische geriatrische aandoeningen worden verder herkend, gediagnosticeerd, opgevangen en behandeld. Zo nodig worden een aantal technische onderzoeken gepland en wordt de behandeling postoperatief, in overleg met verschillende specialisten, aangepast. De orthopedische opvolging wordt verzekerd door een dagelijkse aanwezigheid van een orthopedist. De kinesist stelt een individueel oefenschema op en spreekt met de patiënt (en zijn familie) duidelijke einddoelen af. De ergotherapeut maakt een cognitief bilan op (MMSE) en bekijkt in hoeverre de patiënt dagelijkse activiteiten terug kan opnemen. Ook voor deze aspecten wordt een individueel oefenschema opgesteld met de nadruk op ADL- en transfertraining. Beiden moedigen de patiënt aan om intensief te oefenen. De sociaal werker is de schakel naar de thuissituatie. Hij brengt de thuissituatie verder in kaart: hij overlegt met alle zorgpartners uit de thuissituatie en bespreekt met de patiënt (en zijn familie) de wensen en noden. Wekelijks overlegt het multidisciplinair geriatrisch team. Het overloopt alle bovenstaande facetten en het maakt een medisch, verpleegkundig en paramedisch bilan op van elke patiënt.

Aansluitend volgen patiënten en/of familiegesprekken om (on) gunstige evoluties te kunnen terugkoppelen en vroegtijdig aan ontslagplanning te kunnen doen. Bij ontslag ontvangt de huisarts via Medibridge een uitgebreid ontslagdocument van de arts-geriater met details over de hospitalisatie, functionaliteit en ADL-functies, verslag van de Sociale dienst,...

De samenwerking met de residentiële sector en de thuisverpleging wordt schriftelijk ondersteund met een ontslagformulier dat de verpleegkundige zorgen inventariseert. De kinesist en ergotherapeut verzekeren de verdere opvolging met een specifiek transferformulier.

### 3. Aanwezigheid van een klinisch apotheker op de afdeling Orthopedie en Geriatrie

Op beide afdelingen volgt de klinisch apotheker het medicatiegebruik patiëntgericht op. Het medicatiegebruik wordt hierdoor geoptimaliseerd en geoperationaliseerd. Bij ontslag bezorgt hij een gedetailleerde medicatiefiche aan de patiënt, de huisarts en de thuisverpleging.

### 4. Aandacht voor valpreventie en informatie in verband met de preventie en/of behandeling van osteoporose

Maandelijks organiseren de ergotherapeuten een infosessie valpreventie voor patiënten en hun familie. Deze sessie bevat enerzijds veel praktische tips naar de thuissituatie. Anderzijds wordt er informatie gegeven over de preventie en/of behandeling van osteoporose. Een bijhorende informatiebrochure wordt aan elke patiënt bezorgd.

### Wat brengt de toekomst?

Via kwaliteitsbewaking, de verdere uitbouw van de geriatrie interne liaison functie en opvolgvergaderingen met de betrokkenen wordt het project opgevolgd, bijgestuurd en verder gestalte gegeven. Bijkomend beoogt men met het ortho - G-project de optimalisatie van de ligduurperformantie door: het verhogen van de turnover op de orthopedische C-afdelingen, door middel van een vroegtijdige transfer naar de G-afdeling en door een snellere aanpak van geriatrie problematiek op de diensten Geriatrie. Een snelle transfer naar de perifere campus Beveren biedt kwaliteitsgarantie en draagt bij tot een maximale en optimale bedbezetting in AZ Nikolaas.

De ortho - G samenwerking en het ortho - G-beleid blijft erop gericht om de ortho-G patiënten zo snel mogelijk terug in hun prefractuur-omgeving te laten functioneren en om institutionalisering van zelfstandige patiënten tegen te gaan.

Een gerichte samenwerking met extramurale diensten, in combinatie met een verdere uitbouw van de externe geriatrie liaison binnen de huidige ziekenhuiswerking, draagt bij tot een adequater ontslagmanagement. Bij ortho - G-patiënten ligt hierbij de nadruk op een terugkeer naar de thuissituatie waar, met de huisarts als spilfiguur, alle ondersteunende professionele zorg kan aangeboden worden.

### Tot slot: enkele performantiegegevens

De resultaten 2010 en 2011 tonen aan dat dit multidisciplinair project binnen AZ Nikolaas een meerwaarde is. Bij ortho - G-patiënten met Severity Index 2 kon men de ligduur inkorten met 8 dagen. Meer dan 70% van hen behaalden de basisdoelstelling: terugkeer naar huis.

Het ontslagbeleid bij ortho - G-patiënten met Severity Index 3 is, omwille van hun frailty en multipathologie, een wisselend succes. Voor deze patiëntengroep was de fractuur in combinatie met de orthopedische ingreep de reden die er vaak toe leidde dat een terugkeer naar thuissituatie, na revalidatie, niet mogelijk was. Een transfer naar kortverblijf, serviceflat, WZC of RVT was bij 50% noodzakelijk. Bij de overige 50% patiënten met Severity Index 3 was de mantelzorg in combinatie met professionele ondersteuning toereikend voor een haalbaar en realistisch ontslagmanagement.

De verdere uitbouw van een volwaardig geriatrie dagziekenhuis op de campus Beveren zal de ambulante opvolging en nazorg van deze patiënten in de toekomst verzekeren.

Multidisciplinair team  
Ortho-Geriatrie

Mede namens:

Dr. J. Miguel - Ramos

Dr. Jo De Schepper

Karolien Brangers

Verpleegkundige Geriatrie

Campus Beveren

# Infusie sprak met...

Dr. Anne-Marie Verbruggen

Team ziekenhuishygiëne

Met de regelmaat van de klok verschijnen er in de media berichten waarin er gewaarschuwd wordt voor 'de ziekenhuisbacterie', in feite een verzamelnaam voor kiemen die weerstandig zijn aan meerdere antibiotica en frequenter voorkomen in een ziekenhuis. Voor het team ziekenhuishygiëne is de strijd ertegen een topprioriteit. Infusie sprak hierover met Dr. Anne-Marie Verbruggen, arts-zikenhuishygiënist in het AZ Nikolaas.

**Zienuhuishygiëne is een wettelijke verplichting in het ziekenhuis. Hoe is dit in ons ziekenhuis vormgegeven? Wie maakt allemaal deel uit van deze dienst?**

**Dr. Verbruggen:** Het team ziekenhuishygiëne van ons ziekenhuis bestaat uit drie verpleegkundigen met een bijkomende opleiding ziekenhuishygiëne (Yvon Bories, Lieve De Bruyne en Krista Vandeweyer) en één arts-zienuhuishygiënist. Het team is een belangrijke speler in de bevordering van de hygiëne in het ziekenhuis (vormgegeven door het KB van 26 april 2007), naast de medisch- en verpleegkundig directeur en het comité voor ziekenhuishygiëne. De arts-zienuhuishygiënist hangt voor het uitoefenen van zijn functie binnen het team af van de medisch directeur onder wiens supervisie hij of zij rechtstreeks functioneert. De verpleegkundige-zienuhuishygiënist wordt gesuperviseerd door de verpleegkundig directeur. Bij ons vergadert het team, in normale omstandigheden, twee maal per week. In het huidige crisisbeleid met betrekking tot de carbapenemase producerende enterobacteriën (CPE) komen hier nog een aantal vergaderingen bij. Naast het team ziekenhuishygiëne heb je ook nog het comité voor ziekenhuishygiëne, dat minstens vier maal per jaar vergadert, en samengesteld is uit de algemeen directeur, het team ziekenhuishygiëne, een ziekenhuisapotheker, een microbioloog, de medisch- en de verpleegkundig directeur, drie artsen werkzaam in de instelling, aangewezen door de medische raad en drie verpleegkundigen werkzaam in de instelling, aangewezen door de verpleegkundig directeur.

**Kunt u de taakverschillen tussen het team ziekenhuishygiëne en het comité voor ziekenhuishygiëne verduidelijken?**

**Dr. Verbruggen:** Het team ziekenhuishygiëne staat in voor de opvang van de dagelijkse problemen. Bijvoorbeeld, bij een patiënt die wordt opgenomen met tuberculose, zal het team nagaan waar deze patiënt heeft gelegen en welke specifieke maatregelen er moeten worden genomen. Het team is ook verantwoordelijk voor het uitschrijven van procedures om infecties in het ziekenhuis in te dijken. Al deze procedures worden meegenomen naar het comité en worden daar bekrachtigd. Daarna worden deze procedures gepubliceerd op het intranet. Op het comité wordt ook altijd een overzicht gegeven van een aantal infecties en infectieziekten. Ook het opvolgen van belangrijke hygiënische praktijken zoals handhygiëne wordt er besproken. En een vaste rubriek op het comité is de problematiek van bouwen en verbouwen in het ziekenhuis.

**Zijn er taken die meer specifiek zijn voor de arts-zienuhuishygiënist of voor de verpleegkundige ziekenhuishygiëne?**

**Dr. Verbruggen:** De meeste problemen bespreken we samen. Het praktische werk op de verpleegafdeling, de opvolging van de patiënt tot op zijn of haar kamer, problemen die betrekking hebben op de verpleging en dergelijke zijn hoofdzakelijk het werk van de verpleegkundige ziekenhuishygiëne. De link met het laboratorium gebeurt, zeker in ons ziekenhuis, door de arts-zienuhuishygiënist, net zoals de rapportering naar de ziekenhuisartsen en naar volksgezondheid. Natuurlijk kunnen deze taken elkaar overlappen en bij afwezigheden moeten wij elkaars taken kunnen overnemen.

**Door wie worden de data verzameld, bijvoorbeeld het aantal MRSA's en bepaalde nosocomiale (in het ziekenhuis opgelopen, nvdr) infecties?**

**Dr. Verbruggen:** Dat is enigszins verdeeld. Er zijn verplichte surveillances, zoals voor MRSA en Clostridium difficile. MRSA's worden opgevolgd door Yvon Bories en Clostridium difficile door Lieve De Bruyne. De gegevens worden ingebracht in specifieke programma's. Het heeft dan ook voordelen om de opvolging door één en dezelfde persoon te laten uitvoeren. De opvolging van de overige surveillances, die weliswaar niet verplicht zijn, wordt verdeeld. De verpleegkundigen hebben ook een beperkte toegang tot het labopakket (Glims) waaruit zij data kunnen halen. Andere statistische gegevens haal ik zelf uit dit pakket.

**Welke opleiding hebben jullie genoten?**

**Dr. Verbruggen:** Voor verpleegkundigen (met een masteropleiding) is dit een bijkomende opleiding van één jaar. Ook de arts moet een bijkomende opleiding ziekenhuishygiëne hebben gevolgd en momenteel is dit een interuniversitaire master-na-masteropleiding, verspreid over twee jaar, waarbij ook een thesis dient te worden geschreven. Ik denk dat het zeer belangrijk is om een goede link te hebben met het laboratorium, zodat de ziekenhuishygiënist ook heel goed weet hoe de data tot stand komen in het laboratorium en hoe je juist aan je informatie moet komen. Bijvoorbeeld voor CPE's kan je geen statistiek maken op Meronem resistente kiemen want de meeste zijn nog niet volledig Meronem resistent. Je moet dan in het labo een tool creëren waarin 'CPE' of 'verdacht voor CPE' wordt ingevuld en waarop je je statistiek kunt baseren. Wanneer de ziekenhuishygiënist geen klinisch bioloog is, dient er zeker een nauwe samenwerking te

bestaan met de microbioloog van het ziekenhuis.

**Is het als ziekenhuis noodzakelijk om naast een goed functionerend team en comité voor ziekenhuishygiëne nog een specifieke antibioticabeleidsgroep te hebben? Hoe verloopt de onderlinge samenwerking?**

**Dr. Verbruggen:** In de antibioticabeleidsgroep wordt een antibioticumformularium opgesteld en worden adviezen geformuleerd in verband met antibiotica profylaxe en therapie. Ziekenhuishygiëne houdt zich in principe niet bezig met de behandeling van infecties. Uiteraard zijn beide domeinen niet volledig gescheiden. Met de huidige CPE-problematiek is vanuit ziekenhuishygiëne de vraag gesteld aan de antibioticabeleidsgroep om te adviseren hoe deze patiënten zouden moeten behandeld worden. Anderzijds wordt vanuit de antibioticabeleidsgroep aan de dienst Ziekenhuishygiëne en het Klinisch laboratorium gevraagd om de evolutie van de resistentiepatronen in het ziekenhuis op te volgen. De ziekenhuishygiënist en de microbioloog maken allebei deel uit van de antibioticabeleidsgroep. Verder maken daar nog deel van uit: dr. Y. Valcke (longziekten), dr. H. Fannes en dr. K. De Ridder (anesthesie - intensieve zorgen), dr. E. Everaert (oncologie), apr. M. De Jonghe en apr. C. Blanquart (apothek). Allemaal mensen met een bijzondere interesse voor antibiotica en antibioticabeleid.

**Zijn er nog andere comités waarin jullie actief participeren?**

**Dr. Verbruggen:** Zeker, ik maak ook deel uit van het comité patiëntveiligheid en het comité medische materialen. Ik word ook vaak uitgenodigd om advies te geven bij projectteams voor bouwen en verbouwen. In een eerste fase reeds bij het voorleggen van de plannen, om na te gaan of aan bepaalde normen wordt voldaan. De eisen die we dan opleggen zijn afhankelijk van de dienst die verbouwd wordt. Betreft het hier bijvoorbeeld de verblijfsafdeling oncologie dan moeten er kamers voorzien worden met een sas en wordt nagegaan of er voldoende mogelijkheid tot handhygiëne is, of de utiliteiten in orde zijn, of er voldoende plaats is tussen de bedden, enz. Er wordt dus op voorhand advies



*Het team ziekenhuishygiëne van links naar rechts: Lieve De Bruyne, Krista Vandeweyer, Yvon Bories, dr. Anne-Marie Verbruggen*

gegeven. In een tweede fase gaan we na wanneer de werken starten, waar zij plaatsvinden in het ziekenhuis, hoe het vuil wordt afgevoerd, of de plaats van verbouwing voldoende wordt afgeschermd,... Het kan uiteraard niet dat mensen die verbouwingen in het ziekenhuis doen door de overige gangen van het ziekenhuis lopen of dat verpleegkundigen door de verbouwingswerken lopen. Wij gaan regelmatig kijken en elke klacht die wordt geformuleerd tijdens de verbouwingswerken wordt ook doorgegeven aan ziekenhuishygiëne. In de praktijk ondervinden we dat er op dat vlak nog heel wat verbeteringen mogelijk zijn.

**Er wordt veel aandacht besteed aan het vermijden van stof bij afbraak- en verbouwingswerken. Waarom is dit zo?**

**Dr. Verbruggen:** Stofdeeltjes dragen bacteriën mee en kunnen zo lucht, grond, toestellen, enz. contamineren.

**Regelmatig doen jullie controles op de diensten. Wat wordt er juist nagekeken?**

**Dr. Verbruggen:** Op regelmatige tijdstippen, en zeker op de kritieke diensten, doen wij omgevingsonderzoek. Dit doen we door middel van contactplaatjes. Deze contactplaatjes zijn in feite voedingsbodems die zo gegoten zijn dat ze bol staan. Omgedraaid en geplaatst op een oppervlak heeft deze voedingsbodem een goed contact met dit oppervlak. Vervolgens worden de bo-



dems geïncubeerd in de broedstoof waardoor individuele bacteriën zich vermenigvuldigen tot macroscopisch waarneembare kolonies. Dan wordt het aantal kolonies geteld. Wanneer op een dienst op verschillende, vooraf bepaalde, plaatsen zo'n plaatjes worden afgenomen geeft dat een goed idee over de graad van reiniging. We controleren meestal de 'high touch' oppervlakken zoals bijvoorbeeld een werkblad waar de infusen opgetrokken worden of in een lege patiëntenkamer het patiëntenbed, het nachttafeltje,... Zo kan je bijvoorbeeld aantonen dat bepaalde plaatsen bij de reiniging telkens over het hoofd worden gezien. Op diensten die goed gereinigd worden zijn de meeste plaatsen goed, met af en toe eens een 'vuil' plekje dat vergeten werd. Maar af en toe is er een dienst die volledig slecht scoort en dan moet er gekeken worden hoe, hoe frequent en met welke producten er gereinigd wordt. De laatste omgevingsonderzoeken die we hebben uitgevoerd zijn gebeurd in welbepaalde boxen op de dienst Intensieve zorgen na ontslag van CPE-positieve patiënten om te kijken of alles wel grondig gedesinfecteerd was. Wij proberen zoveel mogelijk diensten één keer per jaar te controleren. Verder rekenen wij ook op onze Schoonmaakdienst die gestart is met een intern kwaliteitscontrolesysteem waarbij ze hun eigen werk controleren. Deze mensen zijn echter ook overbelast door de talrijke verbouwingen van de laatste jaren. Ondanks de problemen die we hierdoor ondervinden merken we wel een toegenomen bewustwording van het belang van een goede hygiëne.

#### Worden er tegelijkertijd ook luchtstalen afgenomen?

**Dr. Verbruggen:** Neen, dit doen we hoofdzakelijk in zeer kritieke ruimten zoals de cleanroom van apotheek, operatiezalen, zalen met laminaire airflow,... In gewone ruimtes gebeurt dit nauwelijks. Luchtsampling kan op twee manieren gebeuren. Ofwel meten we de partikels, ofwel meten we de kiemen aanwezig in de lucht. Er is wel een correlatie tussen beiden.

#### Welk infectiebeleid wordt in het AZ Nikolaas gehanteerd? Bestaat hier een specifiek draaiboek voor?

**Dr. Verbruggen:** We hebben uitgeschreven procedures voor ziekenhuishygiëne en die zijn voor iedereen beschikbaar op intranet. Ondertussen is dit al een hele bibliotheek geworden. De opvolging van deze procedures wordt gecontroleerd door de dienst Ziekenhuishygiëne. Wij hebben hiervoor een aantal indicatoren, bijvoorbeeld het aantal nosocomiale MRSA, het aantal nosocomiale Clostridium difficile en het navolgen van de isolatierichtlijnen voor MRSA en Clostridium difficile. Die volgen we op om na te gaan of ons beleid wel efficiënt is. Daarnaast blijft het correct toepassen van de standaardvoorzorgen, waarvan handhygiëne één van de belangrijkste is, een belangrijke peiler in het infectiebeleid.

#### Is de dienst Ziekenhuishygiëne enkel een adviserend orgaan of kunnen jullie ook dwingende maatregelen opleggen?

**Dr. Verbruggen:** Ons team is operationeel onafhankelijk, maar de beslissingen worden steeds uitgevoerd na overleg met, in opdracht van, en onder de verantwoordelijkheid van de medisch en de verpleegkundig directeur. Wat wij wel een beetje missen in België is een sluitende wetgeving. Een deel zit in adviezen van de Hoge Gezondheidsraad die op te volgen én dwingend zijn. Daarbuiten vragen wij de naleving van de door ons opgestelde procedures aangezien wij ervan uitgaan dat dit voor iedereen het beste is, in het bijzonder voor de patiënt.

#### Hoe bereikbaar is jullie dienst en hoe komen jullie naar buiten?

**Dr. Verbruggen:** We hebben één telefoonnummer (03 760 27 09) dat tijdens werkdagen steeds bereikbaar is. De weinige dagen dat er geen verpleegkundige is, schakelt dit nummer door naar mij. Verder zijn wij ook bereikbaar via e-mail. Het verslag van de comités wordt naar alle artsen verzonden, zo is iedereen op de hoogte van de besluiten die genomen zijn. En via tweejaarlijkse campagnes wordt het belang van handhygiëne duidelijk in de verf gezet.

#### Voor welke pathogenen moeten we in het post-antibioticum-tijdperk beducht zijn? Hoe verspreiden zij zich?

**Dr. Verbruggen:** We moeten eigenlijk altijd alert blijven voor een zeer brede waaier van infectieziekten. Ik vermeld hierbij de clusters of epidemieën van de voorbije jaren en decennia: HIV, influenza H1N1, bofvirus, MRSA, community-acquired MRSA in het Gentse, CPE met al zijn variaties, multiresistente Pseudomonas aeruginosa, een recente Salmonella outbreak in Nederland, norovirus outbreaks in het Verenigd Koninkrijk in november en december laatstleden,... Bij kinderen zien we elk jaar, in het begin van december, een enorme piek van RSV. Een deel van deze kinderen, zeker de hele kleintjes, kunnen hierdoor een bronchiolitis ontwikkelen met ademhalingsproblemen en noodzaak tot opname als gevolg.

#### Met hoeveel ernstige infecties worden wij in het AZ Nikolaas geconfronteerd? Bestaan hier kwaliteitsvolle data over?

**Dr. Verbruggen:** Elke maand doen wij zelf een eigen surveillance. Om te beginnen zijn er een aantal kiemen (MRSA, Clostridium, CPE en sinds kort VIM-Pseudomonas) die ons automatisch via e-mail gemeld worden vanuit het Klinisch laboratorium. Daarnaast proberen wij zelf statistieken bij te houden van een aantal kiemen, waarbij we maandelijks gaan kijken hoeveel van die kiemen we gevonden hebben. Ik denk bijvoorbeeld aan Streptococcus pyogenes, multiresistente Enterobacter aerogenes, multiresistente Pseudomonas, RSV, rotavirus,... Hier gaan we actief na of we de voorbije maand geen clusters of outbreaks hebben ge-



had. Elke week gaat collega dr. Hugo Francart op infectietoer op de dienst Intensieve zorgen. Daar worden de infecties besproken en van daaruit krijgen wij ook belangrijke informatie.

**Er zijn mensen die beweren dat de invloed van de ziekenhuiskiem op de mortaliteit bij patiënten fel overdreven wordt en dat patiënten bijvoorbeeld eerder overlijden mét een MRSA dan door een MRSA.**

**Dr. Verbruggen:** Met ziekenhuiskiem kunnen patiënten gekoloniseerd worden, waardoor zij drager worden. Drager zijn is niet gelijk aan geïnfecteerd zijn. Deze dragers moeten én mogen niet behandeld worden met antibiotica. Zij komen ook in de statistieken, maar als drager. Het is ook niet steeds zo dat kiemen gevonden in een klinisch staal een infectie betekenen. Dit dient door de clinicus, die alle gegevens samenlegt, te worden beslist. Het heeft tóch belang om ook de dragers op te sporen aangezien er bijkomende maatregelen nodig zijn bij de verzorging van deze patiënten, bijvoorbeeld bij een MRSA-drager het gebruik van handschoenen, een masker en een schort om verspreiding tegen te gaan.

**De data van de ziekenhuisinfecties komen van de ziekenhuizen zelf. Een ziekenhuis dat minder goed registreert zal betere resultaten halen. Heb je er dan geen belang bij om minder goed te registreren omdat deze resultaten worden doorgegeven aan de overheid en hoe kan je dan onderling vergelijken? Worden minder goed scorende ziekenhuizen gepenaliseerd?**

**Dr. Verbruggen:** Hetgeen vergeleken wordt bij ziekenhuizen onderling is bijvoorbeeld voor MRSA het aantal nosocomiale infecties. In ruimere statistiek is dat nog scherper, namelijk de nosocomiale systeem-infecties met MRSA, dit wil zeggen, het aantreffen van MRSA na 48 uur in bloed of in cerebrospinaal vocht. Hier gaat het duidelijk over infecties en niet over dragerschap. Het aantal MRSA's dat wordt aangetroffen in een ziekenhuis is niet rechtstreeks gecorreleerd met de performantie van het ziekenhuis. In ziekenhuizen met veel rusthuispatiënten en ziekenhuizen met zwaardere pathologie zal je meer MRSA-positieve patiënten aantreffen. Het is wel belangrijk de MRSA-dragers op te sporen om verspreiding tegen te gaan. Toezicht volksgezondheid hecht er veel belang aan dat we aan zoveel mogelijk surveillances deelnemen en dat we open zijn in onze infectieproblematiek. De surveillance voor resistente kiemen zorgt ervoor dat we onze eigen problemen goed kunnen in kaart brengen. Zo kunnen we vermijden dat in de ons omliggende ziekenhuizen patiënten van ons terecht komen die drager zijn van bijvoorbeeld MRSA of CPE terwijl wij daarvoor hier geen opsporing zouden doen.

**Laatst werd in De Standaard een artikel gepubliceerd waarin stond dat de ziekenhuizen bepaalde kwaliteitsindicatoren moeten bijhouden en vrijgeven, onder andere ook op vlak van ziekenhuishygiëne. Er zou zelfs aan de patiënten zelf gevraagd worden of door het personeel bepaalde handelingen worden gesteld.**

**Dr. Verbruggen:** De kwaliteitsindicatoren die opgenomen zullen worden voor ziekenhuishygiëne zijn mijn inziens objectieve criteria die voor alle ziekenhuizen gelden. Eén van die criteria is de navolging van de basisvoorwaarden voor handhygiëne: het niet dragen van ringen en gelnagels e.d., het dragen van korte mouwen, ... voor alle verzorgenden. Een andere indicator is de aanwezigheid van een arts-ziekenhuishygiënist, de aanwezigheid van een equipe verpleegkundigen ziekenhuishygiëne, ...

**Er wordt enorm gefocust op handhygiëne. Waarom is dat zo belangrijk?**

**Dr. Verbruggen:** Handen zijn de belangrijkste bron van rechtstreekse overdracht. Besmette handen kunnen micro-organismen rechtstreeks overbrengen van de ene naar de andere patiënt, maar ook onrechtstreeks, via het bevuilden van de omgeving van de patiënt (het 'eiland' rond de patiënt). Onze aanbevelingen wat betreft handhygiëne zijn volledig gebaseerd op de richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) van 2009. Daarin staat uitgebreid beschreven hoe dit dient te gebeuren. De Hoge Gezondheidsraad publiceert zelfs een lijst met alcoholgels die kunnen worden gebruikt. Daarop gebaseerd hebben wij een procedure uitgeschreven die op intranet staat. Zoals reeds gezegd, is er de tweejaarlijkse campagne voor handhygiëne, maar omdat we vinden dat daar toch nog onvoldoende aandacht aan besteed wordt, voeren we zelf reeds gedurende meerdere jaren controles uit op de werkvloer. We letten vooral op de vijf indicaties voor handhygiëne van de HGR en de WHO: handen ontsmetten vóór contact met de patiënt, ná contact met de patiënt, vóór een invasieve handeling, ná contact met de directe omgeving van de patiënt en ná contact met bloed of lichaamsvochten. Om dit te scoren hebben we, naast de hierboven beschreven basisvoorwaarden, een aantal bijkomende items uitgekozen waarop de verblijfsafdelingen worden gescoord. Dit zijn: de handen ontsmetten voor het betreden van de kamer, bij het verlaten van de kamer, na het gebruik van handschoenen, niet met handschoenen in kasten of verzorgingskarren gaan, handschoenen uit en handen ontsmetten tussen de verzorging van twee patiënten in een tweepersonskamer. Deze basisvoorwaarden zijn zeer gemakkelijk uit te leggen. We zijn gestart met deze interne audits met de drie verpleegkundigen van ziekenhuishygiëne en drie verpleegkundigen van het middenkader. Alle medewerkers op de verblijfsafdelingen worden, of zijn al gescoord. Die scores zijn in eerste instantie bedoeld als coaching. De controlerende verpleegkundigen gaan mee en sturen bij waar nodig. Wij hopen dan ook dat deze scores op termijn zullen verbeteren.

**Er is een sterke mediativering van resistentie bij micro-organismen, maar vormen MRSA en dergelijke echt een probleem voor de volksgezondheid?**

**Dr. Verbruggen:** Wanneer patiënten geïnfecteerd zijn met resistente kiemen gebeurt het vaak dat opgestart wordt met niet efficiënte antibiotica omdat de kiem en zijn antibiogram op dat moment nog niet gekend zijn, hetgeen uiteraard gevaarlijk is voor de patiënt. Gemiddeld genomen duurt het een tweetal dagen vóór een kiem is geïdentificeerd en zijn gevoeligheid aan antibiotica is bepaald. Daarom is het ook belangrijk de adviezen van het antibioticacomité te volgen. Je verwacht bijvoorbeeld andere verwekkers van een pneumonie bij een voorheen gezonde jonge persoon dan bij iemand met onderliggende pathologie die al geruime tijd op de dienst Intensieve zorgen ligt. Door de toegevoegde resistenties wordt het bestrijden van infecties steeds meer een probleem van preventie en hygiëne en pas op de tweede plaats van therapiekeuze.

**MRSA komt frequent voor in de woonzorgcentra. Hebben jullie goede contacten met huisartsen en met CRA-artsen?**

**Dr. Verbruggen:** De problematiek van MRSA is goed gekend in de rusthuizen en de CRA-artsen zijn daar goed mee vertrouwd. Patiënten afkomstig van een woonzorgcentrum die opgenomen worden in ons ziekenhuis worden gescreend. Omgekeerd wordt bij een patiënt die MRSA-drager is en wordt ontslagen uit ons ziekenhuis een specifiek ontslagdocument meegegeven voor de

huisarts en de CRA-arts. Op dit document staat ook ons telefoonnummer. Zo komen er wel vragen die meestal door de verpleegkundigen ziekenhuishygiëne kunnen opgelost worden. Indien nodig verwijzen ze door naar mij.

### **Kan een patiënt die drager is van MRSA gedekoloniseerd worden?**

**Dr. Verbruggen:** Dat kan. De patiënten worden dan gedurende vijf dagen gewassen met een ontsmettende zeep, ook hun haren. In de neus wordt mupirocinezalf aangebracht. Daarna wordt gecontroleerd of de patiënt nog drager is. Sommige patiënten zijn echter niet te dekoloniseren. Bij MRSA-dragers kan je 'vluchtige' dragers onderscheiden van 'echte' dragers. Bij de eerste groep is het dragerschap van voorbijgaande aard terwijl bij de tweede groep het dragerschap continu is. Ook voor MRSA-dragers in rusthuizen bestaan er richtlijnen. Zij worden niet geïsoleerd op een kamer zoals dragers in een ziekenhuis. De verspreiding in woonzorgcentra is duidelijk minder groot dan in een ziekenhuis. Dit is te wijten aan het feit dat daar minder invasieve ingrepen gebeuren en er veel minder patiënten onder antibiotica staan. In ziekenhuizen staat 20% tot 30% van alle patiënten onder antibiotica terwijl dit in rusthuizen slechts 5% à 6% is. Bij de verzorging van de rusthuisbewoners worden wel bijkomende maatregelen getroffen maar de patiënt kan vrij rondlopen en wordt dus niet sociaal geïsoleerd.

### **Hoe worden patiënten voor MRSA gescreend?**

**Dr. Verbruggen:** Op drie plaatsen wordt gescreend, met name de neus, de keel en het perineum. Dan heb je de grootste gevoeligheid.

### **Onlangs stond in De Standaard dat het aantal infecties met MRSA daalt maar tegelijkertijd de resistentie bij andere kiemen toeneemt. Wat is daar de verklaring voor?**

**Dr. Verbruggen:** De daling van MRSA wordt, zeker gedeeltelijk, toegeschreven aan de verbetering van de handhygiëne in de ziekenhuizen en aan het systematisch opsporen van risicogroepen waarbij de dragers verzorgd worden in contactisolatie. Anderzijds zien wij momenteel zorgwekkende resistentiepatronen verschijnen bij de Gram-negatieve kiemen. Zo is er de recente toename van de carbapenemase producerende enterobacteriaceae (CPE). Algemeen kan je stellen dat de toename van de resistentie bij de Gram-negatieve kiemen waarschijnlijk wordt veroorzaakt door de enorme antibioticadruk. Specifiek voor CPE in België zien we dat bij dragers heel veel antibiotica gebruikt worden. Maar het probleem moet ook ruimer bekeken worden. In vele landen worden nog veel meer antibiotica gebruikt dan hier in België. Er is ook het enorme antibioticagebruik bij dieren en in onderontwikkelde regio's zoals India en Pakistan is de hygiëne veel gebrekiger dan bij ons en leven mens en dier vaak samen. Vaak hebben deze mensen ook darminfecties, wat samen met de gebrekkige hygiëne de verspreiding lokaal bevordert. (Medisch) toerisme, verre verplaatsingen voor het werk en migratie verspreiden het probleem over de hele wereld. CPE's produceren een enzyme, carbapenemase, dat de carbapenems, een klasse krachtige antibiotica, afbreekt. Meestal zijn deze kiemen ook ESBL (extended spectrum bètalactamase, een andere vorm van resistentie) positief, dus multiresistent. Het resistentiemechanisme dat instaat voor de aanmaak van de carbapenemases is plasmide gebonden en kan gemakkelijk doorgegeven worden tussen de verschillende enterobacteriaceae, zelfs tussen verschillende genera onderling, dus van Klebsiella naar Escherichia en Citrobacter. Ook dit vergemak-

kelijkt nogmaals de verspreiding. Indien verzwakte patiënten met deze kiemen een infectie ontwikkelen is de kans groot dat de opgestarte antibiotica niet werken. Daarom moeten we de verspreiding tegengaan. CPE die we momenteel in onze omgeving vinden zijn van het type OXA-48 en geven een matige resistentie. Er bestaan echter andere krachtigere carbapenemases die resistentie geven aan zowat alle werkbare antibiotica. De verspreiding gebeurt op dezelfde wijze. We kunnen dus maar beter een hygiënebeleid voeren dat de verspreiding van deze kiemen stopt.

### **Men maakt traditioneel een onderscheid tussen nosocomiaal en community acquired. Is dit onderscheid nog zinvol? Evoluert dit niet stilaan naar één pool?**

**Dr. Verbruggen:** Meestal wordt in de surveillance de definitie gehanteerd dat kiemen die worden geïsoleerd uit een staal, afgenomen 48 uur na opname of later, als nosocomiaal worden beschouwd. Dit is uiteraard een definitie die niet volledig de lading dekt, je kunt niet uitsluiten dat de patiënt geen drager was van de kiem die je geïsoleerd hebt. Het voordeel van een definitie is echter dat zij geldt voor iedereen en dat je data kan verzamelen die je kan benchmarken met andere ziekenhuizen en waarin je eventueel evolutie kan zien. Maar er is zeker overlapping. Zo spreken we bij MRSA momenteel eerder over healthcare associated MRSA, livestock associated MRSA (degene die van de varkens afkomstig is en die vaak ook tetracycline resistent is) en community acquired MRSA. Maar een MRSA gevonden bij een medewerker in een rusthuis zal volgens de definitie community acquired MRSA zijn, maar is dat in feite niet. Bij de surveillances worden de te hanteren definities steeds meegegeven. Voor Clostridium is dit nog veel ingewikkelder. Daar moet je kijken naar het ziekenhuisverblijf van de patiënt gedurende de laatste weken tot maanden.

### **Hoe ziet u het aantal ziekenhuisinfecties evolueren en welke rol zal de ziekenhuishygiënist van de toekomst hierin spelen?**

**Dr. Verbruggen:** Volgens mij zullen ziekenhuizen in het infectiebeleid van het land altijd een bevoorrechte rol spelen omdat veel diagnoses binnen het ziekenhuis worden gesteld. De microbioloog zal meestal als eerste alarm slaan. Anderzijds is het ziekenhuis een plaats waar enorme risico's op overdracht bestaat: verzwakte patiënten (neonati, hoogbejaarden, patiënten onder chemotherapie, chirurgische patiënten), talrijke invasieve ingrepen, hospitalisaties op intensieve diensten en uitgebreide nursingactiviteiten zorgen voor een verhoogde kans op overdracht. Deze patiënten worden samen verzorgd en delen vaak een kamer. De taken van het team en het comité voor ziekenhuishygiëne zullen steeds uitgebreider en moeilijker worden. Zij zullen in de toekomst over nog meer expertise moeten beschikken, over een uitgebreider kader en nog meer ondersteund moeten worden door experts in andere domeinen zoals schoonmaak, technische diensten, sterilisatieafdelingen, enz. De gegeven adviezen moeten na goedkeuring in het comité door het algemeen management ondersteund en geïmplementeerd worden. De naleving moet ingebed worden in een accrediteringsstelsel. Daarom zijn we als team ziekenhuishygiëne ook sterke believers van NIAZ in het AZ Nikolaas.

### **Bedankt voor het gesprek**

Dr. Pascal Van Ranst  
Dr. Leo Verguts

# Symposium:

## Anesthesie anno 2013: een update



De dienst Anesthesie bestaat momenteel uit 24 anesthesisten verdeeld over 3 subspecialisaties en over 5 campis. De anesthesisten zorgen onder andere voor de verdoving tijdens ingrepen in het operatiekwartier, sedaties bij bepaalde onderzoeken, postoperatieve pijntherapie, behandeling van zwaar zieke patiënten op intensieve zorgen, behandeling van patiënten met een chronisch pijnprobleem en de preoperatieve raadpleging. Deze drie subspecialisaties zijn ook verwerkt in het logo van anesthesie, net zoals de drie belangrijkste anesthesievormen: algemene, locoregionale en epidurale anesthesie.

De groep Anesthesie AZ Nikolaas kende de laatste jaren enkele belangrijke evoluties: in 2010 werd er gestart met een vernieuwd acuut pijn team (APS) en een preoperatieve raadpleging. We zijn er zeker van dat deze raadpleging zorgt voor kwaliteitsvolle zorg voor zowel de patiënt, de chirurg als het ziekenhuis. Patiënten worden onderzocht door een anesthesist, ze worden geïnformeerd over de narcose en pijnbestrijding. Onverwachte annulaties worden vermeden. Het heeft een gunstige invloed op de verantwoorde ligdagen en de patiënten krijgen de kans om bijkomende vragen te stellen. Bij complexe pathologie van de patiënt kan de anesthesist nog eventueel extra onderzoeken aanvragen. Een goede communicatie en samenwerking van de anesthesist met de chirurg en de huisarts is hier van zeer groot belang. Tevens kennen we een felle toename van het gebruik van locoregionale anesthesietechnieken. Dit is voor de patiënt een belangrijk pluspunt vermits dit gepaard gaat met goede analgesie en een sneller ontslag uit het ziekenhuis.

In Infusie 12 werden de drie domeinen (Anesthesie, Intensieve zorgen & Pijncentrum) waarbinnen de groep anesthesie actief is reeds uitgebreid behandeld. Tijdens het symposium "**Anesthesie anno 2013: een update**" op zaterdag 2 februari 2013 ging er vooral aandacht naar de voorstelling van het team anesthesie en werden er enkele "hot topics" in de schijnwerper gezet. Het symposium vond plaats in Hotel Beveren en bestond uit zes presentaties.

### Het programma:

#### Preoperatieve onderzoeken: zin of onzin

**Dr. Charlotte Stolte - Anesthesie - AZ Nikolaas**

Dr. Stolte had het in haar presentatie vooral over welke onderzoeken nodig zijn vanaf welke leeftijd (ASA classificatie) en welke medicatie al dan niet preoperatief dient gestopt te worden.

#### Bridging: to bridge or not to bridge?

**Dr. A. Vantilborgh - Hematologie - UZ Gent**

Dr. Vantilborgh gaf ons een overzicht van anticoagulantia en welke producten peroperatief best gestopt worden en tijdelijk al of niet moeten worden vervangen.

#### Anesthesie in het dagziekenhuis

**Dr. Peter Vueghs - Anesthesie - AZ Nikolaas**

Dr. Vueghs vestigde, als medisch diensthoofd van het dagziekenhuis, de aandacht op het chirurgisch dagziekenhuis. Hij gaf aan dat de huisarts deel uitmaakt van het team van het dagziekenhuis, zowel tijdens de preoperatieve als de postoperatieve fase. Preoperatief vooral bij het invullen van de pre-anesthesie, presedatie en pediatrie vragenlijst en toestemmingsattest voor anesthesie 15 - 18 jaar.

#### Acute Pain Service: What's the benefit?

**Dr. Ellen Van Aelst - AZ Nikolaas**

Dokter Van Aelst gaf in haar presentatie aan wat acute pijn is, wat het belang is van goede analgesie, welke analgesie binnen AZ Nikolaas toegepast wordt en wie hiervoor zorgt. Ze onderstreepte het belang van een MULTIDISCIPLINAIRE aanpak; een goede samenwerking tussen de anesthesist, chirurg, verpleegkundigen, huisarts en apotheker.

#### Locoregionale anesthesie:

#### principes en evidentie, toegepaste technieken

**Dr. Peter Verelst & Dr. Mieke Decoopman - AZ Nikolaas**

Dr. Verelst probeerde de zaal te overtuigen van de vele voordelen van locoregionale anesthesie. Vervolgens gaf dr. Decoopman ons een mooi overzicht van de verschillende echogeleide blocks die we dagelijks toepassen in het AZ Nikolaas.

De presentaties werden afgesloten door dokter Sandor van Bijsterveld, huisartsenkoepel Waasland. Hij vestigde de aandacht op goede communicatie en gaf aan zeker bereid te zijn om in de toekomst meer samen te werken met de groep anesthesie. De voormiddag werd beëindigd met een muzikaal intermezzo van dr. Peter Verelst en Stefanie Van Backlé gevolgd door een walking dinner.

#### Conclusie:

Tot slot kunnen we vanuit de groep anesthesie stellen dat we zeer tevreden waren over de talrijke opkomst en dat er zeker een vervolg komt op het symposium. We willen graag kwaliteit bieden in de zorg voor onze patiënten en dit in samenwerking met de huisarts, ziekenhuisarts en verpleegkundige.

#### Voor meer informatie:

- **Anesthesie:** 03 760 23 18 - [www.anenis.be](http://www.anenis.be)
- **Preoperatieve raadpleging:** 03 760 85 48 - [www.anenis.be](http://www.anenis.be)
- **Intensieve zorgen:** 03 760 63 10 - [www.anenis.be](http://www.anenis.be)
- **Pijncentrum:** 03 760 23 18 - [www.nomorepain-sint-niklaas.be](http://www.nomorepain-sint-niklaas.be)

Dienst Anesthesie

# Bangabola

**AZ Nikolaas bouwde sinds eind 2005, onder leiding van de NGO Memisa ([www.memisa.be](http://www.memisa.be)), een nauwe samenwerking op met de gezondheidszone Bangabola in Congo. Naast de financiële steun (AZ Nikolaas organiseert jaarlijks diverse activiteiten ten voordele van Bangabola) dragen ook verschillende medewerkers een steentje bij door ter plaatse de gezondheidswerkers te helpen met de verdere uitbouw van de gezondheidszorg. Herman Andries (clustermanager verpleegkundig departement) en Francine de Leenheer (hoofdverpleegkundige) gingen al voor de tweede keer richting Bangabola.**

De lokale bevolking zorgt voor een hartelijk onthaal. Na een "Mot de bienvenue", uitwisseling van wederzijdse wensen en verwachtingen wacht ons een rondleiding in het ziekenhuis. We kunnen onze ogen niet geloven. Sinds ons vorige bezoek heeft het grootste deel van het ziekenhuis een grondige renovatie ondergaan: vier van de zes afdelingen werden recent geschilderd. In plaats van die specifieke, onaangename geur komen we nu op fris ruikende, goed verluchte afdelingen terecht. Het verschil is groot! Mee door de steun van AZ Nikolaas is men er in geslaagd om nog een aantal fundamentele voorzieningen te optimaliseren. Een installatie met zonnepanelen zorgt nu 24 uur op 24 voor elektriciteit. Bevallingen en dringende ingrepen worden er niet langer in het halfduister, onder het licht van een petroleumlamp uitgevoerd. De gangen en de verblijfsafdelingen lijken wel in een zee van licht te baden, ook al is het maar een spaarlampje op 12 volt.

In samenwerking met de Rotary Service Club Beveren werden er een veertigtal bedden en matrassen aangekocht. Tegelijkertijd werden alle oude of defecte bedden hersteld met een lattenbodem in hardhout. Alle onbruikbare materialen werden weggehaald. Wat een verschil! Zwaar zieke patiënten liggen niet langer op de grond, maar in bed op een matras. Ook het sanitair, twee jaar geleden bijna onbestaande, werd ondertussen aangepakt. Er werd een "Bloc Sanitaire" opgericht bestaande uit vijf toiletten en vijf douches.



De patiënten en hun familie kunnen er gratis gebruik van maken. Belangrijk is ook dat er iemand aangesteld is als verantwoordelijke voor het onderhoud ervan.

De waterpomp is hersteld, maar het gebruik is beperkt omwille van brandstofgebrek voor de generator. Die generator verbruikt 8 liter per uur en 1 liter brandstof kost al gauw 2500 Congolese frank, wat ongeveer overeenkomt met \$ 2,5 (het maandloon van een verpleegkundige is \$ 25). Voor het ziekenhuis moet de brandstof in jerrycans met de jeep aangevoerd worden vanuit Gemena (200 km). Verder kunnen we ook vaststellen dat de basisuitrusting in het ziekenhuis grondig werd vernieuwd: onderzoektafels, weegschalen, bloeddrukmeters, bevallings-tafel en operatietafel.

Het vooropgestelde doel van het 3 jaarlijks herstelplan van Memisa (2011-2013) lijkt met andere woorden nu al grotendeels gerealiseerd, althans toch wat het ziekenhuis betreft. Natuurlijk is hiermee niet voldaan aan de minimale behoeften van de basisgezondheidszorg voor de lokale bevolking. Een gebied zo groot als de provincie Oost-Vlaanderen beschikt slechts over 1 ziekenhuis, 2 artsen en 12 gezondheidscentra (Centre de Santé (CS)).

## Centre de Santé (CS)

CS zijn posten bemand door verpleegkundigen die instaan voor de eerstelijnszorg. Malaria, ondervoeding en infecties van de luchtwegen zijn de meest voorkomende kwalen in de CS. Zwangere en pas bevallen vrouwen krijgen er begeleiding. Jonge kinderen worden er ingeënt tegen ziektes als mazelen, polio en kinkhoest. Verpleegkundigen stellen er de diagnose en starten een behandeling op. Voor meer gespecialiseerde zorgen worden patiënten doorverwezen naar het ziekenhuis. De afstand naar het ziekenhuis (tot 100 km) overbruggen (te voet, met de fiets, de moto of over het water met een prauw) is hier echter een groot probleem. Velen halen nooit het ziekenhuis. Tegelijkertijd hebben de verpleegkundigen in de CS ook een belangrijke opdracht in de gezondheidsopvoeding en preventie van diverse problemen. Ze doen dit meestal in voor ons onaantvaardbare omstandigheden: zonder drinkwater en elektriciteit, met een minimale basisuitrusting, voor een bevolking waar velen niet kunnen lezen of schrijven...

Het transport en de ontoegankelijkheid van sommige gebieden blijft een enorm probleem. Zo bezoeken wij het CS in Monyongo dat nu, tijdens het droogseizoen, enkel bereikbaar is met de fiets of de moto. In het regenseizoen geraak je er enkel via de rivier. Het gebouw van het CS is door de lokale bevolking in solidariteit recent gerenoveerd en gaf hierdoor een redelijke eerste indruk. Tijdens de rondleiding stelden we echter vast dat er nog een zeer lange weg af te leggen is om de gezondheidszorg hier op een aanvaardbaar niveau te krijgen: licht noch water, spuiten en naalden voor eenmalig gebruik worden hergebruikt nadat ze op een houtvuur in een snelkookpan "gehersteriliseerd"

worden. Nochtans wordt ons in het logistiek centrum van de regio verzekerd dat deze technieken niet meer toegelaten zijn (HIV, Hepatitis,...) en dat er in principe voldoende steriel reservemateriaal is. Er worden ons tegelijkertijd extra controles beloofd voor de regio om dergelijke praktijken uit te roeien.

Ons bezoek aan Bangabola blijft beperkt tot slechts zes dagen. Eigenlijk te kort om al onze vooropgestelde doelstellingen te realiseren: controlerende in het ziekenhuis, oppuntstelling van het geneesmiddelen-distributiesysteem, educatie handhygiëne, bezoek aan het ITM, school verbonden aan het ziekenhuis, waar een A2 opleiding (4 jaar) voor verpleegkundigen gegeven wordt. Hiervoor hebben we vooraf allerlei postermateriaal verzameld omdat het beschikbaar studie- en oefenmateriaal echt ondermaats is om te kunnen voorzien in een degelijke opleiding.

Na ons bezoek aan Bangabola nemen we nog deel aan een tweedaags atelier voor de medische zoneverantwoordelijken van de zes zones die in het evenaarsgebied gecoördineerd worden door Memisa. We krijgen er de kans om mee in discussie te gaan rond een aantal gemeenschappelijke thema's in de regio: zelf bedruipend medicatiebeheer, nood aan sociale voorzieningen en solidariteitsfondsen (mutualiteiten bestaan niet), kinder- & moedersterfte, belang van gezondheidsopvoeding, transportproblematiek, dépistages van allerlei ernstige ziekten: malaria, TBC en slaapziekte,...

Met de Memisa-afvaardiging (een arts en collega's verpleegkundigen uit Mechelen en Heusden-Zolder) brengen we ook een aantal thema's aan: nood aan degelijke opleiding echografie in de ziekenhuizen, malnutritie, basishygiëne (hand-) en het belang van degelijke info aan patiënten in verband met diagnose en opgestarte behandeling. Ook wijzen we op de kansen van een degelijke samenwerking met de technische scholen in de regio om allerlei klusjes uit te laten voeren. Door onder andere in de afdeling snit en naad OK-linnen en kledij te laten maken steunen we tegelijkertijd ook de lokale economie.

Ondanks de brandende zon krijgen we tijdens deze inleefreis, (mede door onze voorkennis opgedaan 2 jaar geleden), opnieuw de kans om nog dieper door te dringen in de problematiek van de basisgezondheidszorg in Congo anno 2013. Om hieraan te verhelpen is het belangrijk dat verder geïnvesteerd wordt in een netwerk van integrale gezondheidszorg dat voor iedereen toegankelijk is. De gemiddelde levensverwachting van de Congolezen bedraagt amper 46 jaar. Ze blijft laag omwille van hoge aantallen kinder- en moedersterfte. Één op vijf kinderen viert er nooit een verjaardag... De motivatie en inzet van de Congolese artsen en verpleegkundigen zijn voor ons de drijfveer om ook de komende jaren op zoek te gaan naar nieuwe middelen en fondsen.

Herman Andries  
Clustermanager verpleegkundig departement



## Memisa? Omdat gezondheidszorg een basisrecht is

Memisa ijvert voor kwalitatieve basisgezondheidszorg op lange termijn. Haar doel is essentiële, kwalitatieve en aangepaste verzorging te verzekeren, vooral voor de meest kansarmen, zonder onderscheid van ras, religie of politieke overtuiging.

### Gezondheidszorg in Congo?

- 1 op 5 kinderen viert nooit een verjaardag;
- 25 à 50% van de kinderen heeft een groeiachterstand door ondervoeding;
- slechts 1/3 van de bevolking heeft toegang tot zuiver drinkwater;
- slechts 4% van de bevolking gebruikt een toilet;
- de helft van de bevolking heeft geen toegang tot medische zorgen.

In de DR Congo ondersteunt Memisa 38 gezondheidszones. Elke gezondheidszone telt 100.000 tot 150.000 inwoners en heeft meestal de grootte van een Belgische provincie. De jaarlijkse steun aan een gezondheidszone bedraagt tussen de 55.000 euro en 75.000 euro. Iedere gezondheidszone telt één referentieziekenhuis en 10 à 15 gezondheidscentra. Gemiddeld zijn er twee artsen en 35 à 50 verpleegkundigen per zone. Onze uitdaging bestaat erin de kwaliteit van de basisgezondheidszorg in het ziekenhuis en de gezondheidscentra te verbeteren en betaalbaar te maken. Dit doen we onder andere door gezondheidscentra en ziekenhuizen uit te rusten met aangepast medisch materiaal, subsidies te voorzien voor essentiële generische geneesmiddelen van goede kwaliteit, aanmoedigingspremies te geven aan het personeel dat niet of heel weinig betaald wordt, bij te dragen in de functioneringskosten en de organisatie van opleidingen. Hierbij trachten we om samen met het lokale personeel te zoeken naar de beste oplossingen voor de gestelde problemen.

Een financiële bijdrage kan gestort worden op de rekening Memisa - AZ Nikolaas: BE65 9201 0390 8096  
Je ontvangt een fiscaal attest voor een bedrag vanaf € 40 op jaarbasis.



## Dr. Patrick De Meyere - Nucleaire geneeskunde

Sinds 22 oktober 2012 maakt dr. Patrick De Meyere (°Deurne, 1965) deel uit van de dienst **Medische en Moleculaire Beeldvorming** (MMB), afdeling **nucleaire geneeskunde**, van het AZ Nikolaas.

Dr. De Meyere studeerde geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen, waarna hij zich specialiseerde tot nuclearist in het UZ Antwerpen.

Dr. De Meyere zal samen met dr. Koen Melis de afdeling **nucleaire geneeskunde** verder uitbouwen in een totaal vernieuwde dienst met 2 state of the art SPECT-CT scanners, en dit in zeer nauwe samenwerking met de radiologen.



## Dr. Koen Melis - Nucleaire geneeskunde

Sinds 22 oktober 2012 maakt dr. Koen Melis (°Schoten, 1961) deel uit van de dienst **Medische en Moleculaire Beeldvorming** (MMB), afdeling **nucleaire geneeskunde**, van het AZ Nikolaas.

Dr. Melis studeerde geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen. Na een opleiding tot pediater in het Algemeen Kinderziekenhuis Antwerpen volbracht hij een fellowship pediatrie nucleaire geneeskunde in de VS, waarna hij zich specialiseerde tot nuclearist in het ZNA.

Dr. Melis zal samen met dr. Patrick De Meyere de afdeling **nucleaire geneeskunde** verder uitbouwen in een totaal vernieuwde dienst met 2 state of the art SPECT-CT scanners, en dit in zeer nauwe samenwerking met de radiologen.



## Dr. Walter Mengde - Kinder- en jeugdpsychiatrie

Op 1 september 2012 is **Dr. Walter Mengde** (°Lommel, 1971) als **kinder- en jeugdpsychiater** gestart in het AZ Nikolaas. Hij vervoegt op de dienst Kinder- en jeugdpsychiatrie Dr. Hugo Ruymbeke, Dr. Christine Franckx en Dr. Ann Van Thillo.

Dr. Mengde studeerde af aan de **Universiteit Antwerpen** als arts en behaalde aan het Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen zijn erkenning als kinder- en jeugdpsychiater.

Tijdens zijn opleiding legde hij zich onder andere door een stage in Willemstad, Curaçao toe op **transculturele psychiatrie, forensische psychiatrie** en **adolescentenpsychiatrie**.

Voorafgaand aan zijn huidige functie in AZ Nikolaas werkte hij als kinder- en jeugdpsychiater op twee adolescentenafdeling en de dienst externaliserende stoornissen Jeugd van GGz Breburg te Breda, Nederland.

# Opstart PHTLS Vlaanderen

## Prehospital Trauma Life Support

**PHTLS staat voor Pre-Hospital Trauma Life Support en werd ontworpen om traumapatiënten in prehospitalite situaties snel te evalueren. PHTLS gaat uit van het beginsel “treat first what kills first” (wat de patiënt het eerste doodt, als eerste behandelen)**

De opleiding PHTLS werd in 1979 voor het eerst geïntroduceerd in de Verenigde Staten door de National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). PHTLS is ontstaan vanuit de ATLS-cursus (Advanced Trauma Life Support). ATLS werd oorspronkelijk ontwikkeld voor artsen om de chirurgische en diagnostische technieken te verbeteren bij de benadering van de traumapatiënt. Toch werd al snel duidelijk dat er nood was om ook de andere zorgverleners die ‘op straat’ worden ingezet, volgens dezelfde filosofie op te leiden. Er zijn studies gekend die aantonen dat het aanleren van de PHTLS-methode aan prehospitalite hulpverleners leidt tot een globale verbetering van de benadering en een vermindering van de mortaliteit van de traumapatiënt.

Ondertussen wordt PHTLS in bijna 50 landen georganiseerd en geldt het als de gouden standaard voor de opvang van traumapatiënten buiten het ziekenhuis.

Het is onze ambitie om deze standaard ook in Vlaanderen te introduceren. In België werd de eerste cursus gegeven in Wallonië. Na onderhandelingen met de Waalse collega’s kon een overeenkomst gesloten worden (onze regering kan nog veel van ons leren...).

Op 8 november 2012 gingen we voor het eerst in Vlaanderen van start met een nieuwe cursus PHTLS. ‘We’ dat is een enthousiast team, samengesteld uit enkele artsen (waaronder Dr. Jorn Damen en ikzelf) en verpleegkundigen die ingezet worden bij de MUG, PIT en brandweerkazerne. We werden hiervoor opgeleid in Nederland door zelf deel te nemen aan verschillende cursussen.

De opleiding zelf verzekert een goede basiskennis waardoor de verschillende prehospitalite hulpverleners (artsen, verpleegkundigen, ambulancepersoneel, brandweer, ...) volgens een gestandaardiseerde benadering, in staat zijn weloverwogen en vaak ook levensreddende beslissingen te nemen bij de benadering van traumapatiënten.

De PHTLS-benadering is gebaseerd op wetenschappelijke feiten (evidence-based) en de cursus bevat talrijke verwijzingen naar de medische literatuur die de basisprincipes ondersteunen.

PHTLS gaat uit van het beginsel “treat first what kills first” (wat de patiënt het eerste doodt, als eerste behandelen). Hierbij volgen we het gekende ABC-principe: vrijmaken/vrijwaren van de luchtweg, evaluatie van de ademhaling en beoordeling van

de circulatie met constante bijzondere aandacht voor de stabilisatie van de wervelzuil. We gebruiken hiervoor onze ogen, oren en handen. Bij het doorlopen van deze stappen kan de beslissing genomen worden of onze traumapatiënt een kritieke of niet-kritieke patiënt is. Bij de kritieke patiënt zullen de tijd ter plaatse en de procedures op straat zo veel mogelijk beperkt worden en is snel transport de boodschap (streefdoel is binnen 10 minuten na aankomst ter plaatse) al dan niet met ondersteuning van een MUG-team. Wanneer we te maken hebben met een niet-kritieke patiënt hebben we meer tijd en kan alles wat rustiger verlopen.

De cursus baseert zich op de basiskennis en knowhow van de deelnemers en legt de nadruk op het probleemoplossend denken. Er wordt tevens geleerd om beter in teamverband samen te werken.

De PHTLS-cursus van 16 uur (2 goedgevulde dagen) bestaat uit een combinatie van theorie (cursusboek dat moet doorgenomen en gestudeerd worden voor aanvang van de cursus) gewijd aan de fysiopathologie, en workshops waarin realistische klinische situaties worden uitgewerkt. De cursus is toegankelijk voor alle prehospitalite hulpverleners (artsen, verpleegkundigen, ambulanciers, brandweerlieden,...).

Na afloop van de cursus vindt een certificerende evaluatie plaats, bestaande uit een theoretische test (multiplechoicevragen) en een praktijktest (uitwerking van een klinisch scenario). Een geslaagde evaluatie geeft recht op het door de US/National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) uitgegeven brevet en is 4 jaar geldig.

Ons team hoopt zoveel mogelijk hulpverleners te bereiken en te overtuigen om volgens het PHTLS-principe te werken. Wij zijn absolute voorstanders van een uniformisering van het pre-hospitaal landschap, waarbij iedere patiënt op dezelfde manier wordt benaderd, in Sint-Niklaas, Limburg of waar dan ook ter wereld!

Want elke traumapatiënt heeft recht op dezelfde correcte zorgen!



Dr. Griet Vermeulen  
Dienst Spoedgevallen  
Medisch directeur PHTLS Vlaanderen  
griet.vermeulen@aznikolaas.be

# Minisymposium accreditering 29/11/2012

## AZ Nikolaas kiest voor ziekenhuisbrede accreditatie door NIAZ

**In de voorbije maanden werd door de verschillende besluitvormingsorganen van het ziekenhuis (Raad van Bestuur, directie en Medische Raad) reeds principieel gekozen voor een NIAZ-accreditering (Nederlands Instituut voor Accreditering van de Zorg) van het ziekenhuis. Dit besluit werd intussen geformaliseerd door een officieel schrijven aan de bevoegde Minister Van Deurzen op 17/12/2012.**

Teneinde het voltallige medische korps nadere informatie te verstrekken over wat een accreditatietraject juist inhoudt en in het bijzonder ervaringen vanuit andere ziekenhuizen te delen, werd op 29 november 2012 een minisymposium accreditering ingericht door de Medische Raad en de medische directie. Dat accreditatie en het continu streven naar hoge zorgkwaliteit intens leeft binnen AZ Nikolaas werd eens te meer geïllustreerd door de hoge opkomst. Meer dan 100 ziekenhuisartsen, apothekers, bestuurders en directieleden waren aanwezig. Op het programma stonden 4 sprekers, die vanuit hun specifieke ervaring het hoe en waarom van een NIAZ-accreditering toelichtten. De avond werd gemodeerd door **prof. dr. W. Laurens**, Voorzitter Medische Raad.

Als eerste lichtte prof. **dr. R. Peleman**, hoofdarts UZ Gent toe hoe binnen het UZ Gent kwaliteit zichtbaar gemaakt wordt. In het UZ Gent werd begin 2012 geopteerd voor een NIAZ-accreditatie. In aansluiting hierbij werd een projectstructuur opgericht, waaronder 27 eigenaarsgroepen. Essentieel voor het welslagen van een ziekenhuisbreed accreditatietraject is deelname van en eindverantwoordelijkheid bij de medewerkers in het werkveld. Tevens werd een pool van 54 interne auditoren samengesteld, die per dienst de relevante NIAZ-normen aftoetsen en verbeteracties voorstellen.

Tweede spreker was **dr. Y. Breyssem**, algemeen directeur Jessa-ziekenhuis. Het Jessa-ziekenhuis is het eerste Belgisch ziekenhuis, dat een NIAZ-accreditatie behaalde. Dr. Breyssem beschreef hoe het accreditatieverhaal binnen het ziekenhuis de overgang van een projectmatige aanpak van kwaliteit naar een systematische ziekenhuisbrede aanpak in goede banen leidde, alsook het belang van een externe kwaliteitstoetsing om artsen en medewerkers te motiveren om te participeren aan deze integrale kwaliteitsbenadering. Deze externe doorlichting past bovendien perfect in de geest van openheid en externe verantwoording, die het Jessa-ziekenhuis nastreeft. Hierbij aansluitend lichtte **dr. K. Stas**, medisch diensthoofd dialyse Jessa-ziekenhuis toe hoe hij als arts geprikkeld werd door het kwaliteitsverhaal en zijn collega's kon overtuigen van het belang van interne en externe toetsing.

Voor de dialyse-afdeling biedt de accreditatiestatus een objectief bevestigd vertrouwen in een goed en veilig georganiseerde dienst. Cruciaal is het uitbouwen van een cultuur van continue verbetering, hetgeen tevens impliceert dat dit een blijvende uitdaging vormt voor elke individuele dienst.

Het normenkader biedt tevens de benodigde structuur hoe een dienst zijn kwaliteitsverhaal evolutief kan uitbouwen, maar mag uiteraard niet leiden tot een bureaucratische kramp omwille van de nood tot documentatie van alle werkafspraken. Essentieel doel blijft het verbeteren van de patiëntenzorg.

Als laatste spreker gaf **dr. Ph. Nieberding**, medisch operationeel directeur AZ Nikolaas vanuit zijn ervaring als NIAZ-auditor een beeld van hoe een auditbezoek binnen een ziekenhuis plaatsvindt. Voor de grootorde van AZ Nikolaas zal een auditteam van minstens 8 auditoren gedurende een gehele week in het ziekenhuis aanwezig zijn en gesprekken met zowel leidinggevend, als individuele artsen en medewerkers voeren, aangevuld met plaatsbezoeken op alle betrokken diensten. Een essentieel verschilpunt met andere accreditatie-instellingen is het feit dat het NIAZ werkt via peer review of met andere woorden dat de auditoren uit de ziekenhuissector zelf komen in tegenstelling tot consultants. Tevens werd het NIAZ-normenkader 2.3 overlopen om een tastbaar beeld te krijgen van waarover het nu echt gaat en hoe diep het kwaliteitsverhaal verankerd wordt bij alle ziekenhuismedewerkers. Alle diensten zijn betrokken, corebusiness of niet.

Na een motiverende slotbeschouwing van **prof. dr. Ph. Duyck**, medisch directeur AZ Nikolaas, werd de avond afgerond met een receptie, waar nagekaart kon worden over het kwaliteits-traject, dat de topprioriteit voor het ziekenhuis voor de komende jaren zal vormen.

### Meer informatie:

[www.niaz.nl](http://www.niaz.nl)  
[www.internationalaccreditation.ca](http://www.internationalaccreditation.ca)

Dr. Philip Nieberding  
Medisch operationeel directeur  
[philip.nieberding@aznikolaas.be](mailto:philip.nieberding@aznikolaas.be)



Symposium 6 oktober 2012:

## Het geriatrisch brein in een notendop

Het symposium "Het geriatrisch brein in een notendop", georganiseerd door de dienst Geriatrie, bleek al voor aanvang een groot succes. Met pijn in het hart moesten de organisatoren inschrijvingen weigeren toen de zaal al snel volzet bleek.

Het symposium wierp een blik op dementie vanuit verschillende perspectieven: de meest recente inzichten met betrekking tot diagnostiek (Dr. Anne Sieben); de zin en onzin van de Mini Mental State Examination (Dhr. Michael Portzky); ziekte- en zorgdiagnostiek vanuit geriatrisch perspectief (Prof. Dr. Mirko Petrovic); leven met dementie vanuit het perspectief van de persoon (Mevr. Els Steeman) en vanuit het perspectief van de familie (Mevr. Rita Joos).



© c-photos



© c-photos

*Van links naar rechts de sprekers:*

*dhr. Michael Portzky, dr. Anne Sieben, mevr. Rita Joos, mevr. Els Steeman, prof. dr. Mirko Petrovic, dr. Jordi Miguel-Ramos (moderator)*

## Accreditatietraject AZ Nikolaas - Stand van zaken

Intussen heeft het AZ Nikolaas uiteraard niet stilgezeten en werden de eerste stappen gezet in het accreditatietraject. Er werd gestart met een stuurgroep, waarin leden van de Raad van Bestuur, directie, Medische Raad, alsook apotheek zetelen. Specifiek om het accreditatietraject in goede banen te leiden werd een Quality & Safety-manager, Mevr. Lies Cabooter aangetrokken. De samenwerking tussen NIAZ en ACI (Accreditation Canada International) wordt nauwgezet opgevolgd, alsook de eventuele impact naar keuze inzake normenkader. Tenslotte werd een bezoek gebracht aan een Nederlands en Belgisch ziekenhuis om een implementatie- en communicatieplan op te zetten.

# SPECT-CT in AZ Nikolaas:

## Unieke samenwerking tussen nucleaire genees

**Eind oktober 2012 werd op de campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat de dienst Medische & Moleculaire Beeldvorming (MMB) in gebruik genomen. Aan de opstart van deze gemeenschappelijke dienst radiologie - nucleaire geneeskunde (een vrij uniek project in het Vlaamse landschap) gingen enkele jaren voorbereiding vooraf. Er werden belangrijke verbouwingen uitgevoerd en de dienst werd voorzien van de meest geavanceerde apparatuur van het ogenblik, namelijk twee 16 slice diagnostische SPECT-CT's, een state of the art nucleair labo met laminaire airflowkast, en één 64 slice CT. De dienst kreeg ook een nieuwe naam, namelijk Medische en Moleculaire Beeldvorming (MMB), met als afdelingen medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde. Deze nieuwe naam beklemtoont de gemeenschappelijke kenmerken en intense samenwerking tussen beide disciplines.**

Nucleaire geneeskunde is een functionele beeldvormingstechniek waarbij, aan de hand van orgaanspecifieke moleculen, gemerkt met een radioactief isotoop, een waaier aan normale en pathologische lichaamsfuncties in het licht kan gesteld worden. Vrij kunstmatig kan een onderscheid gemaakt worden tussen conventionele (= non-PET) nucleaire technieken (bv. botsintigrafie, myocardscintigrafie, longperfusiesintigrafie) en PET-technieken (bv. FDG-PET voor oncologie).

Bij de conventionele nucleaire geneeskunde wordt als radioactief isotoop gebruik gemaakt van een 'single photon emitter', een isotoop dat bij elke desintegratie 1 foton uitzendt dat gedetecteerd wordt door de kristallen van beide detectoren van de gammacamera.

De PET techniek is gebaseerd op het gebruik van een 'positron emitter' als radioisotoop, dat bij elke desintegratie aanleiding geeft tot het uitzenden van 2 fotonen.

Conventionele scintigrafische onderzoeken, planaire en tomografische (SPECT = Single Photon Emission Computed Tomography), hebben doorgaans een uitstekende sensitiviteit, maar door de aard van de techniek is het lokaliserend vermogen (gezien de frequente afwezigheid van anatomische oriëntatiepunten) ervan beperkt, en is een karakterisatie van de letsels niet altijd evident.

Radiologische technieken zoals CT en NMR zijn vooral structurele beeldvormingstechnieken met wél een uitstekend lokaliserend vermogen en vaak een hoge specificiteit. In navolging van de PET-CT-camera's werden daarom enkele jaren geleden ook SPECT-CT-camera's geïntroduceerd, waarbij in één tijd en zonder herpositioneren van de patiënt zowel het nucleair onderzoek (SPECT) als het radiologisch onderzoek (CT) van dezelfde regio uitgevoerd wordt. Op deze manier kan een betrouwbare fusie van deze beeldvormingsmodaliteiten van elk lichaamsdeel uitgevoerd worden, met een belangrijke meerwaarde in verge-

lijking met elk onderzoek afzonderlijk. In dit artikel willen we de indicaties, de uitvoering en de samenwerking tussen de diensten radiologie en nucleaire geneeskunde toelichten.

### SPECT-CT: diagnostisch op alle vlakken

Wat betreft het SPECT-deel zijn alle aangeboden SPECT-CT-toestellen diagnostisch: het gaat om tweekopsgammacamera's die in staat zijn om alle planaire en SPECT-onderzoeken uit te voeren. Wat betreft het CT-deel kunnen de commercieel beschikbare SPECT-CT-toestellen echter onderverdeeld worden op basis van het feit of de CT al dan niet diagnostisch, dan wel topografisch is. De zogenaamde niet-diagnostische of topografische CT-toestellen zijn geschikt voor het uitvoeren van correcties voor attenuatie en scatter op de SPECT-beelden en stellen de nuclearist in staat om afwijkingen op de SPECT-beelden anatomisch te lokaliseren. Ze zijn echter niet geschikt voor radiologische diagnostiek: hiervoor werken ze doorgaans te traag en is de axiale resolutie te laag. Om een maximale synergie tussen SPECT en CT te kunnen verkrijgen moet de CT radiologisch diagnostische beelden kunnen genereren.

De diensten nucleaire geneeskunde en radiologie, nu verenigd in de dienst Medische en Moleculaire Beeldvorming hebben bewust voor dit laatste type toestel gekozen omdat ze de SPECT-CT-technologie zien als een gezamenlijk project dat een maximale meerwaarde moet bieden voor de patiënt.

Voor de patiënt heeft de combinatie van een geïndiceerd SPECT en CT-onderzoek in één onderzoek enkel voordelen: een SPECT-CT-onderzoek biedt een beduidende klinische meerwaarde ten opzichte van het uitvoeren van elk van beide onderzoeken afzonderlijk. Men kan dus stellen dat voor SPECT-CT de stelling  $1 + 1 = 3$  opgaat: beide onderzoeken kunnen in één tijd gebeuren, wat de patiënt tijd en een extra verplaatsing bespaart.

### Indicaties

Aangezien SPECT-CT een jonge technologie is, neemt het aantal indicaties ervoor nog steeds gestaag toe. Op dit ogenblik zijn de belangrijkste in de literatuur aanvaarde indicaties voor SPECT-CT:

- lokaliseren en karakteriseren van letsels beschreven op botsintigrafie;
- sentinel node scintigrafie;
- I-131 scintigrafie in het kader van de diagnostiek bij schildklierkanker;
- localisatie van parathyroïdadenomen bij hyperparathyroïdie;
- I-123-MIBG SPECT bij het opsporen van tumoren van het autonoom zenuwstelsel zoals feochromocytoom, paraganglioom, neuroblastoom.

# skunde en radiologie



Het SPECT-CT toestel bestaat uit een dubbelkopsgammacamera SPECT en een diagnostische 16 slice CT geïntegreerd in één en hetzelfde toestel (Discovery van General Electric). We zijn er van overtuigd dat hybride beeldvorming een belangrijke meerwaarde heeft in de diagnostiek van bepaalde aandoeningen.

## SPECT-CT van het skelet: opsporen van maligne botletsels

De accurate detectie of uitsluiting van skeletmetastasen is belangrijk voor de staging, therapieplanning en prognose van verschillende types kwaadaardige tumoren, zoals prostaatcarcinoom en borstcarcinoom. De meeste skeletmetastasen manifesteren zich in de wervelzuil en het bekken. Het is echter ook net in dit deel van het skelet dat uitgesproken degeneratief lijden en indekingsfracturen de diagnose van maligne botletsels kunnen bemoeilijken. Planaire skeletscintigrafie heeft een grote sensitiviteit voor het opsporen van skeletmetastasen en biedt het voordeel dat een overzicht van het gehele skelet kan gemaakt worden. De specificiteit van planaire skeletscintigrafie is echter laag: het onderscheid tussen maligne en benigne letsels kan moeilijk zijn (tenzij het patroon van de tracerverdeling suggestief is voor maligne letsels) en vaak is bijkomende diagnostiek met CT of NMR noodzakelijk. Het uitvoeren van een tomografisch nucleair onderzoek (SPECT) verhoogt de specificiteit van het onderzoek maar blijft vaak onvoldoende om met zekerheid de diagnose van skeletmetastasen te kunnen weerhouden. Het is aangetoond dat fusie van SPECT- en CT-beelden superieur is aan SPECT alleen of aan een visuele correlatie van SPECT en de afzonderlijk genomen CT-beelden.

## SPECT-CT toepassingen bij goedaardig botlijden

De ervaring met SPECT-CT in goedaardig botlijden is nog relatief nieuw. De techniek is veelbelovend voor verschillende indicaties.

### Een kleine greep uit de mogelijkheden:

Planaire skeletscintigrafie staat bekend om zijn hoge sensitiviteit voor verschillende botletsels, maar het is evenzeer een feit dat deze techniek relatief frequent letsels in de wervelzuil mist. Afwijkingen worden wel in het licht gesteld met SPECT, maar door middel van SPECT-CT kan gedifferentieerd worden tussen verschillende letsels zoals onder andere spondylolysis, facetosteoarthritis.

SPECT-CT heeft een plaats bij blijvende pijnklachten na spinale fusie. Aan de hand van SPECT-CT kan de differentieel diagnose gemaakt worden tussen verschillende oorzaken van blijvende rugklachten: loslating van het osteosynthesemateriaal, stressfracturen, pseudo-arthrose, of secundaire overbelastingsletsels in de omgevende wervels. Ook voor botlijden in de omgeving van osteosynthesemateriaal in de schouders, heupen, knieën en enkels blijkt SPECT-CT bijzonder waardevol. Met de komst van vertebroplastietechnieken voor de behandeling van indekingsfracturen is het zeer belangrijk om – bij verschillende



Het nucleaire labo met laminaire airflowkast.

indeukingen – de wervels met een acute fractuur in het licht te stellen. Skeletscintigrafie is altijd sterk geweest in het onderscheiden van recente en oude fracturen. De komst van de SPECT-CT techniek laat nu ook toe om deze acute fracturen zeer accuraat te localiseren.

In de voeten is het meestal niet moeilijk om aan de hand van planaire scintigrafieën de diagnose van stressfracturen van metatarsalen te stellen. Voor de tarsale beentjes is het echter veel moeilijker om zonder morfologische beeldvorming de juiste localisatie en de aard van de scintigrafisch weerhouden letsels te bepalen. Er is een belangrijke rol weggelegd voor hybride beeldvorming in de differentieel diagnose tussen degeneratief lijden, stressletsels, osteochondritis dissecans, osteoïd osteoma en andere in het tarsus (illustratie blz. 21).

Bij verdenking op osteomyelitis wordt vaak een leucocyten-scintigrafie uitgevoerd om de vermoedelijke diagnose al of niet te bevestigen. Een dergelijke scintigrafie geeft echter bijzonder weinig anatomische oriëntatiepunten; de combinatie van SPECT met CT geeft hiervoor een belangrijke meerwaarde.

### Sentinel node scintigrafie met SPECT-CT

Sinds meerdere jaren heeft de techniek van de preoperatieve opsporing van de schildwachtklier bij borstcarcinoom en bij melanoma een vaste plaats in het beleid bij deze tumoren. Indien de schildwachtklier bij anatomopathologisch onderzoek geen maligne cellen vertoont, kan er met hoge probabiteit van uitgegaan worden dat er geen lymfekliermetastasering opgetreden is en kan een evident van het drainerende klierstation vermeden worden. Voor het opsporen van de schildwachtklier in de oksel (voor borstcarcinoom) en in de lies (voor bv. melanoma van het onderste lidmaat) is planaire scintigrafie aangevuld met het peroperatief opsporen van de schildwachtklier aan de hand van een probe meestal afdoende. Voor het opsporen van schildwachtklieren in de pelvis (voor bv.

prostaat- of cervixcarcinoom), het mediastinum of de hoofdhalshoofdhalsregio (orofarynxletsels) heeft SPECT-CT daarentegen een duidelijke meerwaarde. Niet alleen kunnen schildwachtklieren die op planaire opnames weerhouden worden beter gelokaliseerd worden, maar vaak worden ook bijkomende schildwachtklieren in het licht gesteld. De juiste preoperatieve localisatie van deze klieren aan de hand van SPECT-CT betekent voor de chirurg een belangrijke meerwaarde.

### I-131 SPECT-CT bij gedifferentieerd schildklier-carcinoma

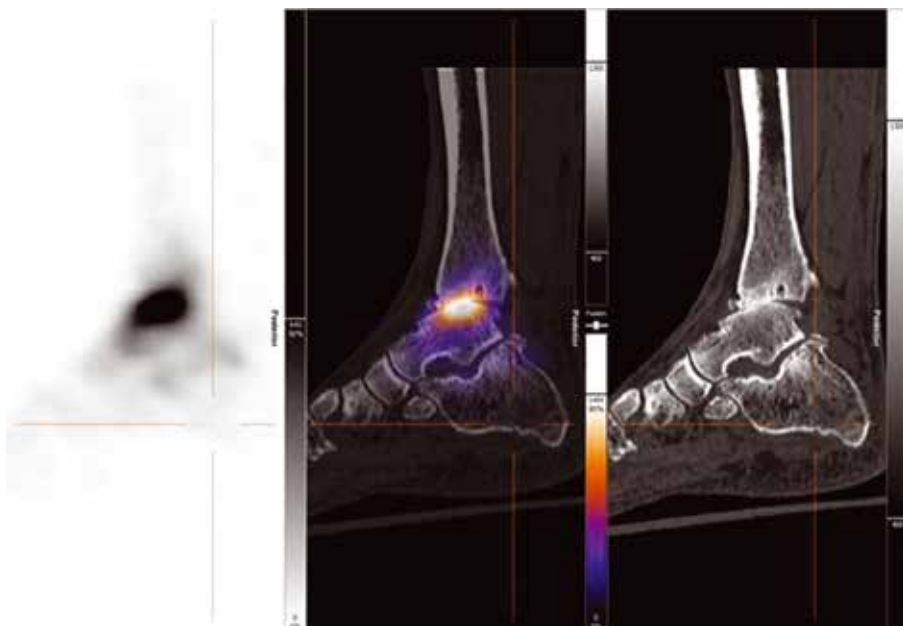
I-131 scintigrafie wordt bij patiënten met gedifferentieerd schildklier-carcinoma vaak uitgevoerd om eventuele residuele of metastatische letsels in het licht te stellen: dit type van schildklier-carcinomen neemt actief jodium op. Dit onderzoek is het prototype van een nucleair onderzoek met bijzonder weinig anatomische oriëntatiepunten. Het onderzoek heeft tevens een relatief lage specificiteit vanwege de fysiologische tracerstapelings in verschillende organen zoals speekselklieren, nasopharynx, enz. Anderzijds heeft CT een relatief lage sensitiviteit voor het opsporen van deze letsels. De combinatie SPECT-CT levert aldus een onderzoek met hoge sensitiviteit en hoge specificiteit: aan de hand van SPECT-CT kunnen de op scintigrafie beschreven letsels niet enkel gelokaliseerd worden, dit onderzoek laat ook toe om fysiologische tracerstapelings te onderscheiden van pathologische tracerstapelings.

### Tc-99m-MIBI SPECT-CT bij het opsporen van parathyroïdenomen

Studies hebben aangetoond dat in 85 % van de gevallen van primaire hyperparathyroïdie, deze veroorzaakt wordt door een solitair adenoom en dit adenoom kan door middel van beperkte chirurgie verwijderd worden. Een correcte localisatie van dit adenoom is dan ook belangrijk en Tc-99m-MIBI scintigrafie speelt hierin een belangrijke rol. In de loop van de voorbije jaren is overgegaan van planaire beeldvorming naar tomografische nucleaire beeldvorming (SPECT) met een verhoogde sensitiviteit en een betere driedimensionele localisatie als resultaat. Uit recente studies blijkt dat het combinatieonderzoek SPECT-CT de localisatie van een parathyroïdenoom nog verder verbetert, hetgeen vooral tot uiting komt voor diep gelegen en ectopische adenomen. Een correcte localisatie vergemakkelijkt aanzienlijk de chirurgische benadering.

### De grootste meerwaarde van SPECT-CT wordt gerealiseerd door een nauwe samenwerking tussen radiologen en nuclearisten.

Voor de invoering van de SPECT-CT techniek werd geopteerd voor een nauwe samenwerking tussen de dienst nucleaire geneeskunde en radiologie. De nuclearisten staan in voor de verslaglegging van het nucleaire SPECT-deel, de radiologen voor dat van het CT-deel. Tijdens een overlegmoment wordt elk gecombineerd onderzoek ook bekeken door beide specialismen samen. Aan de hand van de informatie van beide onderzoeken samen wordt een algemeen zogenaamd MMB-conclusie van het combinatie-onderzoek opgesteld.



Tibiotataire arthrose: SPECT; fusie SPECT-CT; CT

In principe kan bij elk SPECT-onderzoek door de nuclearist beslist worden om bijkomend een CT-onderzoek uit te voeren, met de bedoeling om door middel van localisatie en karakterisering van de letsels een optimaal onderzoeksresultaat te bekomen. In dit geval zal vooral gebruik worden gemaakt van de SPECT-guided **topografische** CT-techniek. Concreet betekent dit dat de noodzaak tot het uitvoeren van een CT bepaald wordt door de afwijkingen die weerhouden worden op het SPECT-onderzoek, dat dienst doet als topogram. Deze aanpak maakt het mogelijk dat er enkel een CT-grafisch onderzoek moet uitgevoerd worden als het zeer sensitieve SPECT-onderzoek wijst op actief botlijden, en dat het veld van de CT beperkt wordt tot het gebied waarin de scintigrafische afwijkingen voorkomen. Voor de patiënt betekent dit een beperking van de stralenbelasting tot het strikt noodzakelijke zonder in te boeten op de kwaliteit van het onderzoek.

In een aantal gevallen kan het zijn dat de verwijzende clinicus echter een SPECT-CT-onderzoek nodig heeft met een klassieke CT-opname bv. van de gehele lumbale wervelzuil. Sommige klinische klachten kunnen inderdaad zowel door botlijden als door weke weefselpathologie veroorzaakt worden. Voor weke weefsellijden is een bot-SPECT-onderzoek niet geschikt, en kan het aangewezen zijn om over een bijkomende klassieke CT te beschikken. Het gebruik van een SPECT-CT met **diagnostische CT** laat toe om met één onderzoek zowel skelet- als weke weefselpathologie met een hoge sensitiviteit en een hoge specificiteit in het licht te stellen, en bij aanwezigheid van botafwijkingen op het SPECT-deel deze met behulp van CT accuraat te lokaliseren en karakteriseren.

Tenslotte kan in sommige gevallen bij een patiënt recent al een CT van de betrokken regio uitgevoerd zijn. Zoals reeds eerder vermeld zijn CT en botsintigrafie complementaire onderzoeken; vele clinici vragen daarom gelijktijdig een skeletsintigrafie én een CT of NMR aan. Indien er recent een CT is gebeurd kan de diagnostische CT daarom best vervangen worden door een topografische CT. Bij deze laatste worden de opnameparameters van de CT zodanig aangepast dat dit resulteert in een vermindering van de stralenbelasting met een factor 5. De beelden van een dergelijke CT zijn kwalitatief onvoldoende om radiologisch gedetailleerd te beoordelen, maar laten perfect een localisatie van de op SPECT beschreven letsels toe. Dankzij deze localisatie kan de eerder uitgevoerde diagnostische CT dan gericht beoordeeld worden.



Dr. Patrick De Meyere  
Nuclearist  
patrick.demeyere@aznikolaas.be

Dr. Koen Melis  
Nuclearist  
koen.melis@aznikolaas.be



## Dr. Jeffrey Schouten - Gastro-enterologie

Vanaf 01 januari 2013 maakt dokter Jeffrey Schouten (°Edegem, 1976) deel uit van de afdeling Gastro-enterologie in het AZ Nikolaas.

Dokter J. Schouten studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Antwerpen waarna hij zich specialiseerde in gastro-enterologie. Na zijn opleiding werkte hij gedurende 5 jaar aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam om zich verder toe te leggen op de hepatologie. Hij deed hier onderzoek naar leversteatose, portale hypertensie en vasculaire leverziekten. Op dit laatste onderwerp promoveert hij in april 2013.

Dokter Schouten vervoegt dr. Duysburgh, dr. Naessens, dr. Spanoghe, dr. De Keyzer en dr. Nachtegaele.



## Dr. Bart Vandekerkhove - Psychiatrie

Op 1 december 2012 startte dr. Bart Vandekerkhove halftijds als psychiater in het AZ Nikolaas.

Dr. Bart Vandekerkhove studeerde geneeskunde aan de Ugent. Hij startte zijn opleiding tot psychiater in 2007 en werkte als assistent op verschillende PAAZ-diensten en diensten voor urgentiepsychiatrie en op de ontwenningafdeling van de Sint-Jozef kliniek in Pittem. Dr. Vandekerkhove studeerde af als psychiater in 2012 en startte een bijkomende opleiding systeemtherapie.

Hij zal samen met dr. Lieven de Weirdt en dr. Marc Servaes de continuïteit verzorgen op de PAAZ-dienst in campus Temse. Dr. Vandekerkhove doet ook liaisonconsultaties binnen het ziekenhuis. Daarnaast werkt hij halftijds in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis Sint-Lucia te Sint-Niklaas. Er is de mogelijkheid tot ambulante consultaties in beide ziekenhuizen. Dr. Vandekerkhove is te bereiken op 03 760 81 31 of via het centrale nummer van AZ Nikolaas.

## Nieuwe website AZ Nikolaas

Midden februari lanceerden we onze nieuwe website ([www.aznikolaas.be](http://www.aznikolaas.be)). Binnen de website wordt een onderscheid gemaakt tussen een publiek gedeelte en een privaat gedeelte voor 'professionals'.

Naast een verbeterde lay-out hebben wij enkele belangrijke nieuwe functionaliteiten voorzien. Zo werd de consultatiegids volledig herwerkt binnen één centrale database, met interessante zoekmogelijkheden en extra toegevoegde informatie. Het luik 'medisch aanbod' bevat heel wat informatie over de verschillende disciplines binnen ons ziekenhuis, de betrokken artsen en verpleegafdelingen waarop de patiënten gehospitaliseerd worden. Daarnaast zal onze website ook 'deelwebsites' bevatten met specifieke informatie over een bepaalde dienst of discipline. We starten alvast met de deelwebsites 'Medische en Moleculaire Beeldvorming' en 'Revalidatiecentrum – Fysische geneeskunde'.

Binnen het luik 'professionals' krijgt u als huisarts, na inlog, toegang tot specifieke info. Momenteel bevat dit onderdeel een belangrijke functionaliteit voor de huisartsen, namelijk het opvragen van hun aanwezige patiënten in ons ziekenhuis (inclusief kamer, afdeling en straat).

De website is een dynamisch medium en zal gaandeweg verder aangevuld worden met nieuwe functionaliteiten en informatie.

De Christelijke Mutualiteit publiceerden ondertussen de resultaten van hun onderzoek naar de patiëntvriendelijkheid van de website van Vlaamse en Brusselse ziekenhuizen. 103 websites werden bekeken en geanalyseerd. AZ Nikolaas werd samen met 4 andere ziekenhuizen verkozen tot meest patiëntvriendelijke website. De website werd helder en gebruiksvriendelijk genoemd. De navigatie is overzichtelijk en de rubriek "Financiële informatie" scoort het maximum.

# Met pensioen: Apotheker klinisch bioloog Edward De Vré



Op 31 december 2012 nam Edward (Eddy) afscheid van het AZ Nikolaas. Eddy is in 1977 in AZ De Pelikaan in Temse begonnen als klinisch bioloog en kan beschouwd worden als een polyvalente, drijvende kracht achter dit ziekenhuis. In zijn beginjaren had Eddy niet enkel een drukke activiteit in het laboratorium, maar was hij ook actief in de ziekenhuisapothek, was hij secretaris van de medische raad, was hij de ziekenhuisinformaticus en zelfs een tijd algemeen directeur. Met andere woorden: Eddy was op verschillende vlakken erg betrokken bij de uitbouw van het ziekenhuis De Pelikaan. Tegen het einde van de jaren negentig werd de situatie steeds moeilijker voor kleinere ziekenhuizen en drong schaalvergroting zich op. Eerst waren er de onderhandelingen met de OCMW ziekenhuizen, later met Maria Middelaers, waar Eddy steeds bij betrokken was. Na de fusie van de laboratoria bleef hij zich met grote inzet toeleggen op de dagelijkse praktijk in het laboratorium, waarbij hij zich ondertussen meer in de

richting van de medische biochemie en informatica specialiseerde. Op beleidsvlak bleef hij nu wat meer in de schaduw. Eddy was ook een vurig pleitbezorger van het fusieziekenhuis AZ Nikolaas. Samen met zijn huidige collega's bleef hij met even grote begeestering en toewijding als in zijn jonge jaren meewerken aan het tot een goed einde brengen van de vele kleine en grote projecten in het laboratorium.

Een dergelijk gedreven klinisch bioloog met veel oog voor het menselijke zullen we in het laboratorium zeker missen. Nu zal er meer tijd komen voor familie en de vele interesses en hobby's: prachtige reizen, smaakvol tafelen, genieten van heerlijke wijnen,... Zeer graag wensen wij Eddy het allerbeste toe in de toekomst!

*Eddy, het ga je goed!*

Apotheker bioloog Geert Mistiaen, namens alle collega's klinisch biologen van het AZ Nikolaas

## “De telefoon is het beste middel om iemand aan het lijntje te houden”

1 jaar geleden werd in het contactcenter (telefooncentrale) van het AZ Nikolaas voor de (huis)artsen een aparte regeling uitgewerkt:

- via het nummer 03 760 60 67 heeft u prioritaire toegang tot het contactcenter zonder keuzemenu;
- via nummerherkenning
  - ♦ heeft u voor de centrale nummers van de perifere campussen prioritaire toegang tot die desbetreffende campus zonder keuzemenu
  - ♦ heeft u op het centraal nummer van AZ Nikolaas na het doorlopen van het keuzemenu prioritaire toegang

Deze aparte regeling leverde volgende resultaten op:

- **aantallen:** in totaal ontvingen wij zo'n 21000 oproepen (83 per weekdag);
- **responsgraad:** 96% van deze oproepen werd beantwoord;
- **responstijd:** de gemiddelde responstijd bedroeg 19 seconden.

### Meer informatie?

Bruno Pletinck, diensthoofd patiëntenadministratie  
bruno.pletinck@aznikolaas.be - tel: 03 760 28 27



Elke columnist heeft een houdbaarheidsdatum. Vroeg of laat wordt hij door de realiteit ingehaald.

Tijd om de fakkel door te geven.

Misschien aan een internist, die zijn buikgevoel laat spreken? Een orthopedist, die in een column tot op het bot wil gaan? Of een psychiater, die de stilte breekt?

Wat is de drijfveer voor het schrijven van columns? Ijdelheid? Ongetwijfeld. Niets menselijks is mij vreemd. Maar ook bezorgdheid. Onder meer voor de medische berichtgeving in de kwaliteitspers. Die is ondermaats en komt groten-deels tot stand op initiatief van farmabedrijven, die journalisten

naar exotische congressen vliegen en met dure portfolio's informeren wat zij graag gepubliceerd zien. Onderzoeksjournalistiek kan je dit bezwaarlijk noemen. Echt bedroevend is de farma-peptalk - zijn wij zo lichtgelovig? - in sommige artsenkranten (what's in a name?).

In onze landen heeft de genadige dictatuur van de Kerk, die poogde het goede in de mens te ontginnen, reeds langer plaatsgemaakt voor de genadeloze dictatuur van de Media. Zij heten ons mondiger te maken, maar cultiveren vooral ons eigenbelang. Geef mij media, die verantwoord interessant zijn.

Bezorgdheid ook voor kwaliteit. Onze gezondheidszorg is performant. Toen ik begon werd een patiënt met een hartinfarct drie weken gehospitaliseerd. Nu gaat hij na drie dagen huiswaarts. We kiezen vandaag uit 6000 medicamenten en 4000 procedures. De mogelijkheden lijken onbegrensd. Weldra worden onze rusthuizen bevolkt met mensen van de vierde leeftijd, uitgerust met monitorkabels, die hartritme en hersenactiviteit doorseinen naar een centrale. Wij lijken goed bezig. Maar intussen escaleren kosten, blijven patiënten op hun honger, kent de toegang tot de gezondheidszorg klassenverschillen, heet medisch falen no-fault en zijn resultaten soms ondermaats. Met de toename van de beschaving nemen beschavingsziekten hand over hand toe.

In 1950 bedroeg het gezondheidsbudget in de VS 4,6% van het BNP. Nu bedraagt dit 18% en de verwachting is dat het zal oplopen naar 25%. Onvermijdelijk is er minder geld beschikbaar voor infrastructuur, onderwijs, veiligheid... Onze kinderen en kleinkinderen zullen de schuldenberg, die zo groeit, aflossen. Heeft iemand aan hen gevraagd of wij de schaarse middelen zinvol aanwenden? Want er is veel oneigenlijk gebruik. Er zijn de gezonde hypochonders, die van scanner naar scanner aanschuiven, alsof een ziekenhuis een groot p(r)etpark is. Maar ook, aan de andere kant van het spectrum, is er de verregaande medicalisering van het levenseinde. Omdat wij niet meer weten, hoe wij afscheid moeten nemen.

Al dat geld, dat in gezondheidszorg gepompt wordt, maakt de levensverwachting in de VS niet beter dan in Cuba of Albanië. Gezondheidszorg is slechts in beperkte mate bepalend voor gezondheid. Volgens studies heeft onze gezondheidszorg maar een therapeutische tussenkomst in 10% van voortijdig overlijden. Andere factoren (persoonlijk risicogedrag, omgevings- en klimaatfactoren, sociale context en erfelijkheid) hebben een veel groter aandeel in voortijdig overlijden. Om gezond te leven is meer nodig dan een efficiënte gezondheidszorg.

De oplossingen, die beleidsmakers voorhouden, lijken geïnspireerd op de chaostheorie.

Meer zorgtrajecten.

Meer klinische outcome studies.

Meer preventiecampagnes en screening.

Meer paramedische ondersteuning.

Meer informatica back-up.

Steeds meer entropie en een krimpend rendement.

In dit maatschappelijk debat schieten universiteiten tekort. Wijze proffen werden ingeruild voor bedrijfsgoeroes. Op de Bühne zien we de 'Oosterlinck-boys' in de ban van het laatste technologische hoogstandje. 'The art of doing nothing' is definitief van het medisch curriculum geschrapt. Ook artsen schuwen hun verantwoordelijkheid. Zij verschuilen zich achter de dure eed, die zij zwoeren, om alles ondergeschikt te maken aan het belang van de patiënt. Koste wat het kost. Maar als artsen weigeren te praten over maatschappelijke keuzen, blijven zij aan de zijlijn.

Wanneer men de gezondheidszorg wil saneren, wordt vaak verwezen naar het bedrijfsleven. Dat geldt dan als een toonbeeld van efficiëntie voor een minimale kost. Maar bedrijven werken voor aandeelhouders. Die desgevallend afslanken, divisies sluiten en desnoods de boeken neerleggen. Wij kunnen ons niet veroorloven over de kop te gaan. Wij zijn verantwoording verschuldigd aan de patiënt. Solidariteit staat centraal. Die solidariteit kan enkel, indien misbruiken worden vermeden (voor alle duidelijkheid, misbruiken kennen geen taalgrenzen). Gezondheidszorg heeft een mentaliteitswijziging nodig en dient losgekoppeld van financiële drijfveren.

Ik droom wel eens van een ziekenhuis, dat werkt als een modelschool. Waar een hecht team – voor een eerlijke vergoeding – probeert het onderste uit elke leerling te halen. Ik weet wel dat, ook hier, sommige akten enkel palliatief zijn. Maar er wordt niet gediscussieerd in commissies of de les wiskunde recht geeft op een betere renummeratie dan de les natuurkunde. En de leraar hoeft niet, telkens hij een examen verbeterd, een prestatiegetuigschrift af te leveren (met een ander nomenclatuurnummer, indien dit na 20.00 uur gebeurt). Het streven naar kwaliteit is er vanzelfsprekend. Arbeid adelt niet maar kan levensvreugde betekenen, zonder dat telkenmale een dividend wordt uitgekeerd.

Dit schoolvoorbeeld roept nog een andere vergelijking op. Zou het niet kunnen dat een gedegen onderwijs op onze gezondheid een groter impact heeft dan dure scanners? Goed opgeleide mensen leven gezonder en hebben een betere levensverwachting. Zo is elke euro in het onderwijs, ook een euro in gezond verstand.

Onze geschiedenis is een verhaal van vallen en opstaan. Gouden eeuwen wisselen met donkere eeuwen. Vandaag moet elk jaar een verbeterde versie van het vorige zijn. Het magische woord is groei. Alsof groei synoniem is voor geluk en voorspoed.

Waar is de strateeg, die opnieuw toont waar onze corebusiness is: bij de zieke. Want wie verwacht die, aan zijn zijde, als een reddingsboei in de nacht wanneer het ijlen uitzichtloos wordt?

Dat ben jij.

Gedreven. En met een groot hart.

Het ga je goed.