AZ Nikolaas

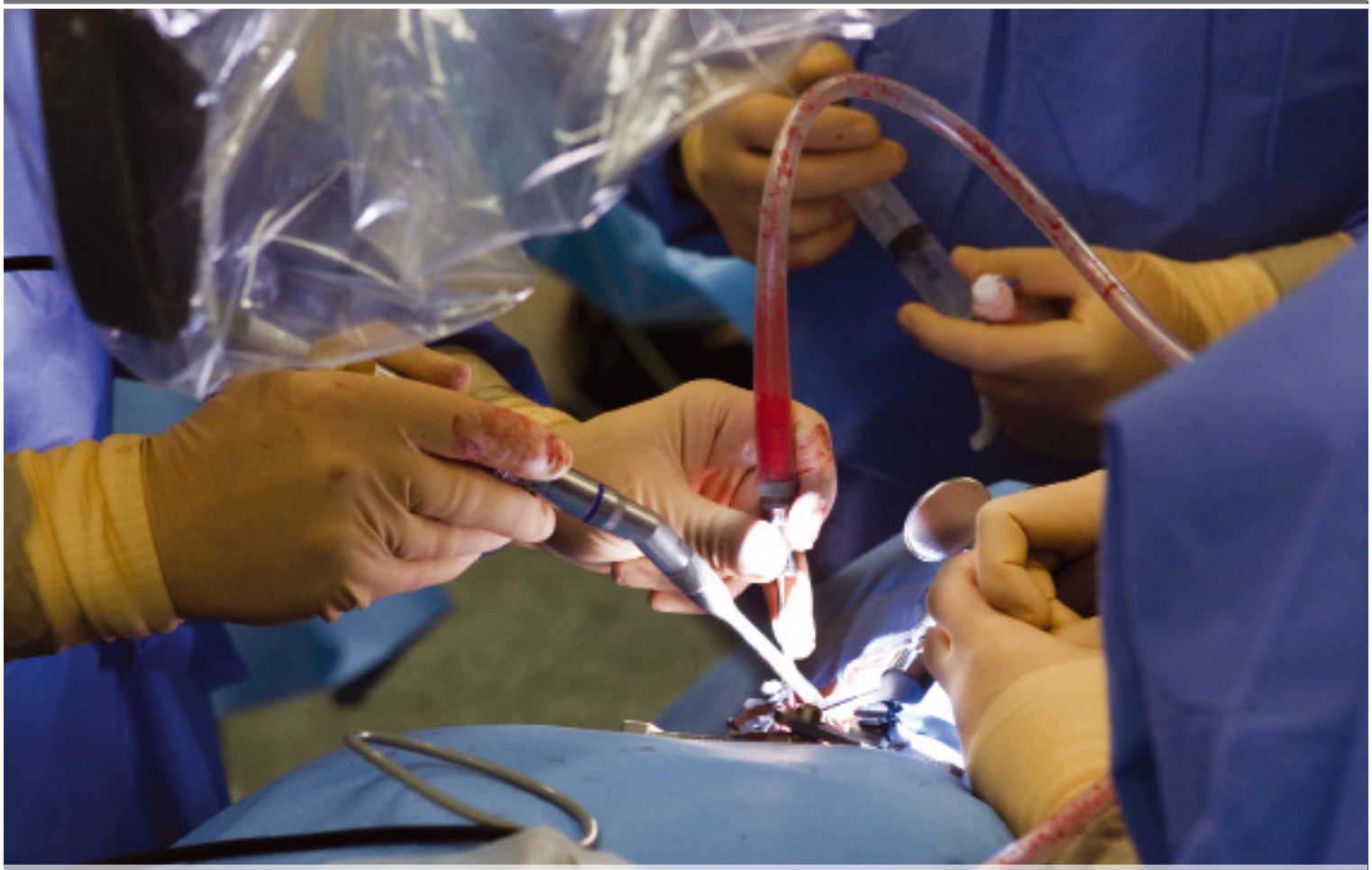
Afgiftekantoor 9100 Sint-Niklaas 1
P209199

België - Belgique
P.B.
9100 Sint-Niklaas 1
BC 1517

Infusie

8

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas



Patiëntveiligheid: let's make things safer! • Nutritiedag • Bouwwerken doen soms veel stof opwaaien • Behandeling van CVA • Oncologische topics voor de huisartsenpraktijk • Infusie sprak met: dr. Marc Van Ranst • Herschikking operatiekwartier

Jaargang 2 - nr. 8
december 2009 - januari - februari 2010
Driemaandelijks tijdschrift
Verantwoordelijke uitgever en afzender:
Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1 - 9100 Sint-Niklaas

COLOFON

INFUSIE is een uitgave van AZ Nikolaas vzw en wordt 4 maal per jaar verspreid met een oplage van 2150 exemplaren.

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER:
Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1
9100 Sint-Niklaas

REDACTIERAAD:
Dr. Marc Geboers
Koen Michiels
Natalie Nevelsteen
Dr. Francis Ruys
Inge Smet
Dr. Leo Verguts

WERKTEN MEE:
Kurt Boeykens
Dr. Peter Coremans
Henk Cuvelier
Dr. Ines Deleu
Lieve De Bruyne
Saskia Feyaerts
Dr. Philip Nieberding
Dr. Bart Siau
Dr. Anne-Marie Verbruggen

VORMGEVING:
Dienst communicatie AZ Nikolaas

ILLUSTRATIES:
Alex Deyaert
Dr. Francis Ruys
Neil Vancraeynest
Dimitri Verbraeken

Inhoud

Edito	3
Patiëntveiligheid: let's make things safer!	4
21 januari 2010: Nutritiedag	5
Bouwwerken doen soms veel stof opwaaien	6
Behandeling van CVA	8
Oncologische topics voor de huisartsenpraktijk	10
Infusie sprak met: dr. Marc Van Ranst	12
Herschikking operatiekwartier	16
Paspoort	19
Column Dr. Francis Ruys	20

Agenda

14 januari	**Videoconferentie**
21 januari	**Nutritiedag**
24 januari	**Nieuwjaarsreceptie huisartsen**
11 februari	**Videoconferentie**
11 februari	**Symposium Mond- kaak- en aangezichtsheelkunde**
27 februari	**Symposium bariatrische heelkunde**
11 maart	**Videoconferentie**

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

Edito

Een **'hart'**ekreet!

In juni 2005 publiceerde het Kenniscentrum een studie over de behandeling van het acuut myocardinfarct in België. De conclusie was duidelijk: geen geïsoleerde B1 centra (alleen diagnostische coronarografies), betere geografische spreiding B2-B3 centra (behandeling zowel invasief als chirurgisch). We zijn ondertussen vijf jaar verder en, ondanks een aantal halfslachtige pogingen van overheidswege, is de situatie onveranderd. Men blijft met geïsoleerde B1-centra werken op vier plaatsen in Vlaanderen (zestien overigens in Wallonië!) en er is geen stap gezet in een betere regionale spreiding van B2-B3 centra.

Marc Geboers
Medisch directeur

Zelfs met een duidelijk advies van het hoogste orgaan qua evidence-based kwaliteitsonderzoek in dit land, slaagt de overheid er in om vijf jaar niets te doen. Alleen creëert men een juridisch kluwen en beijveren lobbygroepen een status-quo (en lukken daar voorlopig ook in).

Schrijnend is het gedoogbeleid van de overheid, die accepteert dat in de bestaande B1-centra (via een facturatie-kunstgreep) ook B2 activiteiten (ballondilatataties en stenting) gebeuren. En dat in een klimaat waar het voor de federale overheid onbespreekbaar was om B2 en B3 activiteiten los te koppelen. Toen een aantal Vlaamse ziekenhuizen het plan opvatten om ook maar op te starten (tenslotte gedoogt men dit al op vier plaatsen in Vlaanderen) stak het RIZIV snel het vingertje op om te wijzen op het verbod dergelijke activiteiten te verrichten. Controles tot op heden in de bestaande centra: 0 (dit is nul!).

Nog sterker wordt het als de overheid initiatief neemt tot een “consensusvergadering” ter beoordeling van de opportuniteit tot herverdeling van cardiale zorgprogramma’s. Men lukt er in om op deze “consensusvergadering” geen enkele spreker van de vragende ziekenhuizen aan het woord te laten. Alleen de geïnstalleerde centra komen aan bod en sloven zich vanzelfsprekend uit om het status-quo te verdedigen. Het wordt nog mooier als de voorzitter van de vergadering al bij aanvang stelt dat er best geen vragen gesteld worden over de opportuniteit om nieuwe centra te openen en vervolgens het officiële standpunt van de Belgische Cardiologische Liga naar voor brengt: een pleidooi voor het status-quo. Dit is een bespottelijke vertoning en doet het ergste vermoeden voor het wetsinitiatief dat uit deze consensusvergadering moet resulteren.

We blijven vanuit het Waasland vragende partij om een B2-centrum te kunnen openen. We zijn dit verplicht aan alle potentiële hartpatiënten in een regio van 250.000 mensen die nu in een acute episode door het drukke verkeer richting Antwerpen moeten gevoerd worden. We wensen hierbij niet het slachtoffer te worden van politieke spelletjes. We blijven deze gang van zaken aanklagen en zullen alle middelen beproeven om het cath-lab zo snel mogelijk naar AZ Nikolaas te halen.

Patiëntveiligheid:

let's make things... safer!

Het managementdenken in de gezondheidszorg focust zich de laatste jaren op de thema's kwaliteit, veiligheid, patiëntveiligheid en patiëntenrechten. Ruime begrippen die verwant zijn aan elkaar en die gedeeltelijk een zelfde lading dekken.

Kwaliteit is een dogma: iedereen verlangt, wilt en eist kwaliteit op alle vlakken. Kwaliteit is een norm waaraan de gezondheidszorg die iemand ontvangt, minimaal dient te voldoen. Opdat elkeen, zowel patiënten, bezoekers als gezondheidswerkers zich veilig zou voelen in alle contacten met zorgprofessionals, in het bijzonder in een ziekenhuisomgeving.
Patiëntveiligheid gaat over het voorkomen van onbedoelde, lichamelijke en/of psychische schade aan de patiënt die is ontstaan doordat hulpverleners niet volgens de professionele standaard handelen en/of door tekortkoming van het zorgsysteem. Een belangrijke uitdaging voor de zorgverlener bestaat er dus in om onzekerheden en risico's zo goed mogelijk in te schatten en om die keuzes te maken die de hoogste kans bieden op het gewenste resultaat en het laagste risico op een ongewenste uitkomst. Veilige zorg begint bij deskundige zorgprofessionals.
Iedere patiënt heeft in alle omstandigheden recht op de best mogelijke kwaliteit van zorgen. Een kwaliteitsvolle zorg is een veilige zorg en een veilige zorg is derhalve een patiëntenrecht.

Het Amerikaanse rapport 'To Err Is Human' bracht patiëntveiligheid in 2000 wereldwijd in de aandacht. In 2004 werd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de 'World Alliance for Patient Safety (WAPS)' opgericht. De WAPS streeft naar verdere, politieke bewustmaking over de veiligheidsproblematiek, wil hierbij ondersteuning bieden aan de zorgverstrekkers en reikt de lidstaten jaarlijks een goed uitgewerkt actieprogramma aan.

In 2006 werd de 'Recommendation on management of patient safety and prevention of adverse events in healthcare' goedgekeurd door de Raad van Europa. Deze aanbevelingen over patiëntveiligheid hebben ook de federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid ertoe gebracht meerdere nationale projecten te lanceren, aanvankelijk onder de titel 'clinical risk management'. De conclusie uit deze projecten was dat zorgverleners kunnen tekortschieten omdat de organisatie waarin zij werken de veiligheid van hun handelen niet systematisch genoeg ondersteunt en waarborgt. Immers, missen is menselijk en zorg is mensenwerk.

Het Belgische beleid, uitgewerkt door de werkgroep patiëntveiligheid binnen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu pleit voor proactieve acties die in de eerste plaats systeemgericht zijn en die de soliditeit van de organisatie ondersteunen. Om de beleidslijnen 'kracht bij te zetten', formuleerde de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen in 2006 een advies met betrekking tot de financiering van kwaliteit in ziekenhuizen. In 2007 werd een eerste jaarcontract voor de 'coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid' aangeboden aan alle Belgische ziekenhuizen.
De ziekenhuizen konden zich op vrijwillige basis inschrijven. Aan elk deelnemend ziekenhuis werd een budget toegekend op basis van het aantal erkende bedden. 80% van de Belgische ziekenhuizen hebben het contract met de federale overheid ondertekend en in 2008 een rapport ingediend. Ook AZ Nikolaas heeft van bij de aanvang aan het project geparticipeerd !

Vanaf 2008-2009 zijn de contracten gedifferentieerd per type ziekenhuis en gebaseerd op drie pijlers:

1. het ontwikkelen van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS);
2. het analyseren en (her)ontwikkelen van een bestaand of nieuw (zorg)proces;
3. het samenstellen van een multidimensionale indicatorenset met betrekking tot kwaliteit en patiëntveiligheid.

Een VMS is een structurele aanpak voor de beheersing van mogelijke risico's met als hoofddoel de veiligheid voor patiënten tijdens het traject doorheen de zorgverlening te bevorderen.
In het VMS worden onder andere incidenten geregistreerd, volgens een taxonomie die door de WHO is uitgewerkt. Cruciaal in deze is het groeien naar een nieuwe (ziekenhuis)cultuur waarin veilig kan gemeld worden en waarin men van fouten wil leren. De vraag: 'Wat is hier gebeurd?' vervangt de vraag: 'Wie heeft dit veroorzaakt?'. Niet de vergissing van een persoon staat centraal, wel de condities waaronder mensen werken en de wijze waarop de zorg is georganiseerd.

AZ Nikolaas exploreert momenteel de markt om een gebruiksvriendelijk meldsysteem aan te kopen zodat incidenten in eerste instantie veilig kunnen gemeld worden en in tweede instantie kunnen worden geanalyseerd volgens een wetenschappelijke methode. Deze analyse moet het dan mogelijk maken om pro-actief maatregelen te nemen opdat een soortgelijk incident in de toekomst kan worden vermeden. Om de patiëntenidentificatie betrouwbaarder en dus veiliger te maken, wil AZ Nikolaas investeren in een polsbandsysteem met barcode.

Pijler twee doelt op een proces binnen specifieke pathologieën, een proces met betrekking tot een intramurale transfer of een verbeterproces op basis van een incident beschreven in het VMS.

Pijler drie houdt de keuze in voor een set van indicatoren die het ziekenhuis op permanente basis gebruikt/zal gebruiken om zijn beleid met betrekking tot kwaliteit en patiëntveiligheid op te volgen en te sturen. De indicatorenset dient idealiter verschillende dimensies te bestrijken: klinische performantie, economische, financiële en IT-performantie, patiëntveiligheid en –gerichtheid, personeels- en teamgerichtheid.

AZ Nikolaas organiseerde in 2007 een grootschalige bevraging over de personeelstevredenheid. De uitkomsten werden gekaderd binnen het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid van het ziekenhuis. Deze cultuurmeting wordt opnieuw uitgevoerd vanaf 2010 en zal gespreid worden over meerdere jaren, gezien het groot aantal ziekenhuismedewerkers.

Het huidige contract 'Coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid 2009-2010' loopt van 1 juli 2009 tot 31 december 2010. In die tijdsspanne dient heel wat beleidswerk verricht te worden en dienen ankerpunten te worden uitgezet. De sensibilisatie en medewerking van alle ziekenhuismedewerkers is hierbij cruciaal.

Het moge duidelijk zijn dat patiëntveiligheid de komende jaren alsmaar meer aan belang zal winnen. Patiëntveiligheid is een zorg van allen, voor allen.

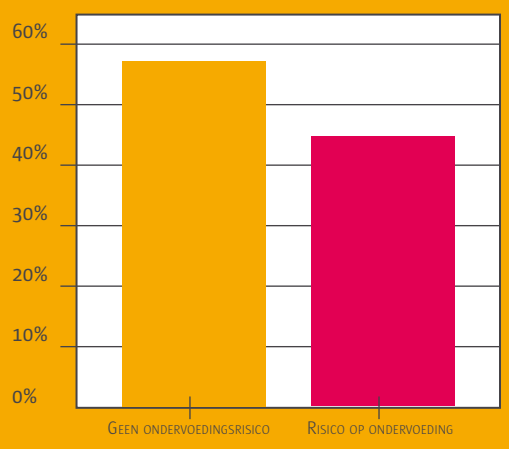
Saskia Feyaerts
Stafmedewerker patiëntveiligheid
saskia.feyaerts@aznikolaas.be

Meer informatie inzake patiëntveiligheid kan u vinden, o.a. op de site www.patient-safety.be van de FOD

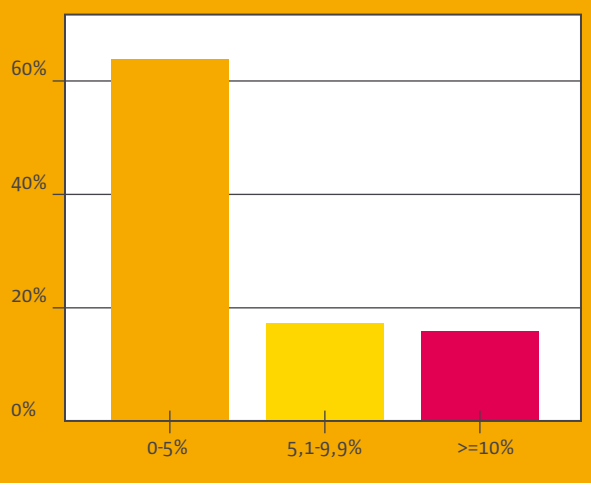
21 januari 2010: Nutritiedag

De eerste nutritiedag in AZ Nikolaas in 2009 was een succes. 21 afdelingen namen deel aan de screeningsactie. Dit wil zeggen dat zij hun patiënten op deze dag aan de hand van een sceeningsdocument gescreend hebben op ondervoeding. De nutritionele parameters op de screeningsdocumenten die door de 21 diensten werden ingevuld werden geanalyseerd om mogelijke ondervoeding op te sporen. In totaal waren gegevens van 347 patiënten bruikbaar voor analyse. 45% had een risico op ondervoeding (zie figuur 1) dat trouwens sterk toenam met de leeftijd. Ongeveer één op zes patiënten had meer dan 10% gewicht verloren in de voorbije zes maanden (zie figuur 2). Hoog risico afdelingen waren oncologie, geriatrie, pneumologie, interne geneeskunde (mix disciplines) en abdominale chirurgie. Om het grote publiek te sensibiliseren werden er heel wat acties ondernomen waaronder radio- en televisie-interviews, BMI-stands in cafetaria's, verwennerij met gebak of smoutebollen,... Ook voor 2010 (21 januari) worden er nieuwe metingen en activiteiten gepland.
Kurt Boeykens - Nutritieverpleegkundige

Figuur 1



Figuur 2



Bouwwerken

doen soms veel stof opwaaien...

Bouwen, verbouwen, herstellen, installeren, vernieuwen, verfraaien, ... we kunnen er in het ziekenhuis niet meer naast kijken. Wat de dienst ziekenhuishygiëne hier mee te maken heeft? We geven u graag een woordje uitleg.

Eén van de taken die bij wet toegewezen is aan het team ziekenhuishygiëne is 'het opvolgen van hygiëneaspecten bij bouwen en verbouwen'. Reden hiervoor is dat bepaalde werken voor patiënten een verhoogd risico op besmetting met stof- en watergerelateerde kiemen inhouden.

Door het breken of boren in muren, het openleggen van plafonds of het uitvoeren van grondwerken,... kan veel stof vrijkomen. In veel gevallen is het ook onvermijdelijk dat er werkzaamheden aan de waterleiding moeten plaatsvinden. Met stof worden micro-organismen meegevoerd, waaronder sporen van schimmels (Aspergillus). De micro-organismen die bij verbouwingen vrijkomen, worden onder normale omstandigheden in lage concentraties gevonden, maar tijdens de verbouwingen kunnen deze concentraties beduidend hoger zijn. Bij personen met een normale afweer zullen hierdoor over het algemeen geen infecties ontstaan. Vooral patiënten met een verminderde weerstand (patiënten onder chemotherapie, een behandeling op basis van corticosteroïden zoals bij transplantatiepatiënten en hematologische patiënten, patiënten met leukemie of met solide tumoren) lopen een risico op een infectie. Ook bij patiënten met ernstige longafwijkingen, dialysepatiënten en beademde patiënten kan zich aspergillose als gevolg van de verspreiding van stof voordoen.

Bij grote verbouwingen kan de concentratie van stof en sporen oplopen en is er een verhoogde kans op besmetting van deze patiënten. Sporen van Aspergillus kunnen de oorzaak zijn van ernstige luchtweginfecties met mogelijks de dood tot gevolg. In stilstaand water neemt de groei van bacteriën toe. Water kan na werken aan de leidingen besmet zijn met Legionella losgekomen uit de biofilm. Bij aërosolisatie kan Legionella via de longen in de bloedbaan terecht komen en Legionellose veroorzaken. Vanuit het standpunt van infectiepreventie verdienen deze beide aspecten bij bouwwerken grote aandacht.

Infectiepreventie

De infectiepreventie start al in een vroeg stadium, al van vóór het ontwerp van de plannen. Wanneer het gaat over nieuwbouw, hebben we een aantal bouwkundige eisen waaraan moet voldaan worden en gaan de plannen vanuit 'ziekenhuishygiënisch oogpunt' bekeken worden. *Zijn er voldoende lavabo's? Is er voldoende ruimte tussen de bedden? Aantal isolatiekamers?*. Dit 'programma van eisen' wordt overgemaakt aan de architect die hiermee rekening houdt bij het ontwerp van de plannen.

Ook bij verbouwingen is overleg tussen de projectleider en de dienst ziekenhuishygiëne in een vroeg stadium van de planning noodzakelijk. Samen worden de werken en stofproductie ingeschat alsook het risico voor patiënten. Dan wordt er een programma van eisen opgesteld voor de aannemers en eigen werknemers waaraan uit het oogpunt van infectiepreventie moet worden voldaan.
Idealiter kunnen we de bouwactiviteit volledig scheiden van de patiëntenactiviteit zodat de werken volledig kunnen afgeschermd worden. In een aantal gevallen is dit mogelijk (bv. bij de bouw van de twee bijkomende verdiepingen op het A-blok), maar meestal kan de ziekenhuisactiviteit niet stopgezet worden en adviseren we maatregelen die het kruisen van bouw- en patiëntenactiviteit zoveel mogelijk beperken (werken in het weekend, afval afgedekt afvoeren, afval afvoeren op bepaalde tijdstippen).
Een verslag van ons advies wordt overhandigd aan de verschillende aannemers van de werken. Dit maakt het mogelijk correcties te eisen tijdens de verbouwing als de maatregelen niet worden nageleefd.

Om tot een juiste inschatting te komen van de te nemen infectiepreventiemaatregelen wordt zowel rekening gehouden met de aard van de werken als met de betrokken patiëntenpopulatie. Beiden werden ingedeeld volgens risico in onze procedure *'bouwen, verbouwen en herstellen in het ziekenhuis'*. De aard van de werken is bepalend voor stofproductie. De duur en mate van stofverspreiding kan sterk variëren: hoe groter de stofverspreiding hoe uitgebreider de maatregelen zijn. Anderzijds is de aanwezigheid van patiënten en de aard van de patiëntenpopulatie mee bepalend voor het risico. Hierbij worden de afdelingen ingedeeld van laag risico (geen patiënten aanwezig of patiënten met een laag risico (vb. opnamedienst) tot hoogrisico afdelingen (operatiekwartier, intensieve zorgen).

Om tot een correcte risico-inschatting te komen worden de werken en de aard van de patiënten tegen elkaar uitgezet in een matrix. Bij elke match hoort een lijst van maatregelen (figuur 1). Zo zien we dat schilderwerken in een operatiekwartier andere maatregelen vereisen dan in een opnamedienst.

Ook tijdens de werken houden we een oogje in het zeil. Naast de visuele controles van onder andere de stofschermen,

Figuur 1: bepaling van klassen van preventieve maatregelen			
Risicozones	**Werkzaamheden**		
	Type A (bv. inspectiewerken)	**Type B**	**Type C (grote projecten)**
Groep 1 bv. opnamedienst	I	II	III of IV
Groep 2	I	II	III of IV
Groep 3	I	III	IV
Groep 4 bv. operatiekwartier	I - III Bepaling via overleg tussen technische dienst en dienst ziekenhuishygiëne.	III of IV	IV

circulatie van patiënten en werklieden nemen we ook luchtstalen. Hiermee wordt de concentratie schimmels en bacteriën gemeten op risicoafdelingen. Vanuit het lab wordt er steeds gemonitord op infecties bij de patiënten.

Bij al deze werken is de dienst schoonmaak een belangrijke partner. Tijdens de werken zorgen ze onder andere voor een verhoogde frequentie van schoonmaak en het tijdig vervangen van vochtige doeken aan de ingang van de verschillende werfzones. Wanneer de werken voltooid zijn, zorgen zij ervoor dat de afdeling proper en stofvrij in gebruik kan genomen worden.

Besluit

Bouw- en verbouwingswerken in een ziekenhuis houden risico's in voor bepaalde patiënten met name immuungecompromitteerde patiënten. Om deze risico's te beperken en zo nosocomiale infecties ten gevolge van bouwwerken in het ziekenhuis te voorkomen, is het belangrijk om de projecten multidisciplinair aan te pakken waarbij ziekenhuishygiëne in een vroeg stadium betrokken wordt én een belangrijke rol speelt.

Dr. Anne-Marie Verbruggen
Arts-ziekenhuishygiënist
annemarie.verbruggen@aznikolaas.be

Lieve De Bruyne
Verpleegkundige-ziekenhuishygiënist
lieve.debruyne@aznikolaas.be

Behandeling van CVA

Elk jaar krijgen in ons land ongeveer 28 000 mensen een cerebrovasculair accident (CVA), ook beroerte of stroke genaamd. CVA is de belangrijkste oorzaak van handicap en de derde doodsoorzaak in de geïndustrialiseerde wereld. De mortaliteit bedraagt nog steeds 20% de eerste maand en 25 tot 50% van de patiënten zijn blijvend afhankelijk van derden. Anderzijds is CVA de enige neurologische aandoening waarvoor we een specifieke behandeling hebben waarmee we een potentieel ernstige handicap ongedaan kunnen maken, op voorwaarde dat de patiënt zich tijdig aanbiedt.

Ongeveer 80% van alle beroertes zijn ischemisch, 20% hemorragisch. Vooral op het gebied van ischemisch CVA zijn de mogelijkheden voor acute behandeling het laatste decennium spectaculair toegenomen.
Het ischemisch CVA wordt veroorzaakt door afsluiting van een aanvoerend bloedvat. Na enkele minuten ontstaat centraal in de ischemische zone een infarctkern met permanente neuronale beschadiging. Rondom deze centrale kern bevindt zich een zone van hersenweefsel dat nog net genoeg bevloeid wordt voor overleving maar onvoldoende voor het goed functioneren van de neuronen. Dit is de ischemische penumbra die gepaard gaat met uitvalsverschijnselen; dit is in principe nog reversibel. Wanneer de perfusie zich niet herstelt zal deze zone ook infarceren en wordt de uitval permanent.

Het is evident dat de acute behandeling van het ischemisch CVA tot doel heeft om de perfusie te herstellen. Snelle reperfusie geeft weliswaar geen garantie maar is de absolute voorwaarde voor een goed resultaat. Uiteraard dienen bij de patiënt met acuut CVA ook algemene maatregelen te worden genomen die gericht zijn om de fysiologische parameters zo goed als mogelijk te normaliseren. Dit vereist een adequate monitoring van bij opname.

Sinds enkele jaren wordt gebruik gemaakt van intraveneuze thrombolyse met rt-PA (recombinant tissue plasminogen activator). Het tijdsvenster om deze behandeling te kunnen toepassen is echter beperkt. Aanvankelijk dienden de patiënten binnen de 3 uur volgend op het acute begin behandeld te worden. Recente studies echter toonden aan dat thrombolyse ook nog veilig en efficiënt is bij behandeling binnen 4,5 uur.

In vergelijking met placebo is het vooral opvallend dat het aantal patiënten met een uitstekende outcome (Rankin score <2) het grootst is in de thrombolyse groep. Uit subgroep analyse blijkt dat dit verschil tussen de beide groepen des te groter is naarmate men vroeger kan starten met de behandeling. Zo is de kans op een uitstekende outcome driemaal groter bij behandeling binnen de 90 minuten na het acute begin.
Alles dient dan ook in het werk gesteld te worden dat de patiënt met een acuut ischemisch CVA zo snel mogelijk in een gespecialiseerd centrum kan behandeld worden.

Het tijdsinterval tussen het acute begin en het toedienen van rtPA wordt beïnvloed door verschillende factoren.
Vooreerst moeten de symptomen van beroerte worden herkend door de patiënt of zijn omgeving. Vervolgens dient hierop adequaat te worden gereageerd en moet zo snel mogelijk medische hulp worden ingeroepen. Het is van belang dat acuut CVA door de hulpdiensten met dezelfde prioriteit wordt behandeld als een acuut myocardinfarct of een polytrauma.
Eenmaal aangekomen in het ziekenhuis zal men proberen om zo snel mogelijk de behandeling te kunnen starten, de zogenaamde “door-to-needle time” is in ideale omstandigheden korter dan een half uur.

Binnen dit tijdsbestek wordt de patiënt klinisch neurologisch onderzocht en worden de noodzakelijke investigaties verricht. Aan de hand van de resultaten hiervan kan de indicatie voor het uitvoeren van thrombolyse worden gesteld. Het belangrijkste technische onderzoek is nog altijd een urgent uitgevoerde CT-scan waarmee een bloeding (de belangrijkste contra-indicatie voor thrombolyse) met zekerheid kan worden uitgesloten.
Labo analyse mag geen uitstel betekenen voor thrombolyse; enkel glycemie en stolling moeten gekend zijn. Een hypoglycemie kan immers gepaard gaan met uitvalsverschijnselen en de symptomen van een beroerte nabootsen. INR waarden boven 1.7 gaan gepaard met een onaanvaardbaar hoog bloedingsrisico en sluiten thrombolyse uit.

Wanneer de patiënt in aanmerking komt voor thrombolyse zal de bloeddruk binnen bepaalde grenzen worden geregeld; een drastische bloeddrukval moet echter in alle omstandigheden worden vermeden om de perfusie in de ischemische zone niet verder in het gedrang te brengen.
Momenteel wordt thrombolyse in ons centrum als een standaardbehandeling van CVA beschouwd. Het percentage patiënten dat in acute fase met rtPA wordt behandeld is de laatste jaren dan ook sterk toegenomen. Dit zou uiteraard onmogelijk zijn geweest zonder de goede samenwerking met de verwijzende huisartsen en de spoedafdeling; zowel het verplegend personeel als de spoedartsen zijn zich ten volle bewust van het belang van een snelle behandeling.

Alle patiënten met CVA, al dan niet behandeld met thrombolyse, worden vervolgens opgenomen op een stroke unit of eenheid voor beroertezorg. Hiermee bedoelen we een eenheid binnen de dienst neurologie gespecialiseerd in de opvang van patiënten met een CVA in de acute of subacute fase. Hieraan verbonden is een multidisciplinair team van hulpverleners (verpleging, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, neuropsycholoog, sociaal verpleegkundigen) met bijzondere ervaring in behandeling van CVA patiënten. Een stroke unit staat onder supervisie van een neuroloog maar samenwerking met andere specialismen is uiteraard noodzakelijk (revalidatie arts, cardioloog, neurochirurg, vasculair chirurg,...).

De stroke unit in ons ziekenhuis is momenteel een low care unit met vier bedden die is geïntegreerd in de dienst neurologie. Een nieuwe eenheid zal worden ondergebracht in het blok voor kritieke diensten dat momenteel in aanbouw is. Het zal bestaan uit een high care eenheid met zes bedden met monitoring en permanent toezicht. De unit zal worden ondergebracht in dezelfde ruimte als de coronaire care unit.
Het is bewezen dat opname in een stroke unit een gunstige invloed heeft op de totale outcome; in vergelijking met opname op een gewone verpleegafdeling is de mortaliteit lager en zijn er verhoudingsgewijs meer patiënten die terug naar huis kunnen.
Vermoedelijk berust dit op een betere preventie van complicaties die ook sneller kunnen worden gediagnosticeerd en behandeld.

Naast de acute behandeling is het van belang zo snel mogelijk te kunnen starten met adequate secundaire preventie. Cardiovasculaire risicofactoren, als nog niet gekend, worden opgespoord en behandeld. Aanvullende investigaties naar de etiologie van het CVA worden binnen enkele dagen afgewerkt zodat een juiste preventieve behandeling kan worden ingesteld: anti-aggregantia voor arteriële oorzaak, anticogulantia voor CVA van cardiale origine.

Vanaf de eerste dag wordt in principe gestart met multidisciplinaire revalidatie mede onder toezicht van de revalidatie arts. De vorderingen hiervan worden tijdens de wekelijkse staffvergaderingen besproken met alle betrokken therapeuten. Hierdoor kan snel een planning naar ontslag worden opgesteld. Het hoeft geen betoog dat hier dikwijls een belangrijke rol is weggelegd voor de sociale verpleegkundige.

Zoals hierboven blijkt wordt het succes van de behandeling van een patiënt met een acuut CVA door zeer uiteenlopende factoren beïnvloed. Er wordt in de literatuur meer en meer gesproken van de “stroke chain of survival”. Snelle detectie en opname in een gespecialiseerd stroke centrum waar op een correcte manier thrombolyse kan worden toegepast is van kapitaal belang om een optimaal resultaat te bekomen.
Informatiesessies voor de patiënten, sensibiliseren van de huisartsen, permanente bijscholing van verpleging en paramedici en optimalisatie van een stroke protocol zijn noodzakelijk voor een verdere verbetering van de beroertezorg in het Waasland.

En dit is iets waar het hele team zich met volle motivatie wil achter zetten.

Dr. Bart Siau
Neurologie
bart.siau@aznikolaas.be

Symposium

Oncologische topics voor de huisartsenprkatijk

Op 21 oktober organiseerde de dienst oncologie AZ Nikolaas in samenwerking met de Huisartsenkoepel Waasland vzw het postgraduaat 'Oncologische topics voor de huisartsenpraktijk'. Op vraag in het verleden van vele huisartsen werd geopteerd voor dit thema en na afloop werd ons tijdens de gezellige receptie bevestigd dat dit voor iedereen een leerrijke avond was.

De nadruk lag op praktische problemen waarmee iedere zorgverlener te maken krijgt in de behandeling en verzorging van de kankerpatiënt.
Niet alleen op het vlak van de anti-kankertherapie zien we de laatste jaren een exponentiële evolutie vooral in het domein van de 'targeted therapy', maar ook op het vlak van de supportieve zorgen is er heel wat beweging. Tijdens de verschillende korte sessies werd een overzicht gebracht. De presentaties van de verschillende sessies van het post-graduaat kan u ook nalezen op de website (www.iridiumkankernetwerk.be).

Website

In de inleiding werd door Dr. Ines Deleu, medisch oncologe AZ Nikolaas, de website van het iridiumkankernetwerk (www.iridiumkankernetwerk.be) voorgesteld, waar men heel wat nuttige informatie kan vinden om aan de patiënt mee te geven. Het is belangrijk dat informatieverstrekking éénduidig is. Om die reden werden er het voorbije jaar veel inspanningen geleverd om de informatiestroom die er voorhanden is binnen en buiten de verschillende ziekenhuizen te verzamelen. Na een grondige analyse werden duidelijke en zeer informatieve teksten opgesteld om zo tot een duidelijke uniforme informatieverstrekking te komen voor patiënten binnen alle ziekenhuizen van het Iridiumkankernetwerk. Het leek dan ook logisch deze informatie voor de huisartsen en andere zorgverleners open te stellen. Hiernaast is er ook een rubriek voor de professionele hulpverlener, waar de belangrijkste chemotherapieschema's worden voorgesteld en toegelicht.

Nieuwe anti-emetica en andere therapieën

Dr. Els Everaert, medisch oncologe AZ Nikolaas, heeft ons meer inzage gegeven in 'De aanpak van nausea en braken: rol van de nieuwe anti-emetica en andere therapieën'. Niet alleen de nieuwe anti-emetica werden toegelicht, maar ook allerhande nuttige tips om de werking van anti-emetcia te versterken. Naast haarverlies is braken toch de meest gevreesde nevenwerking van chemotherapie, en een degelijk anti-emeticabeleid zorgt voor kwaliteit en verhindert dosireducties.

Koorts bij oncologische patiënten

Onze nieuwe collega Dr. Caroline Lamot, medisch oncologe, sinds november werkzaam op de dienst oncologie (meer informatie over dr. Lamot vind u op blz. 19) en recent afgestudeerd in het UZ Gent heeft ons door middel van drie interessante casussen duidelijk gemaakt dat koorts bij de oncologische patiënt verschillende oorzaken kan hebben. Patiënten met febriele neutropenie kunnen onderverdeeld worden in “low” en “high risk” groepen, met toch een andere aanpak. Hiernaast werd ook aan de hand van een duidelijke casus de aandacht gevestigd op een patiënt met tumorkoorts en werd ook de behandeling hiervan toegelicht.

Mucositis en diarree

Dr. Bénédicte Naessens, gastro-enterologe AZ Nikolaas, werkzaam op onze dienst voor digestieve oncologie heeft ons een zeer mooi overzicht gebracht van de 'Snelle en adequate aanpak van mucositis en diarree'. Net als Dr. Everaert heeft ook zij ons zeer nuttige tips gegeven om diarree ruimer te gaan behandelen dan met Imodium alleen.

Huidtoxiteit van EGFR-inhibitoren

We waren zeer verheugd om Prof. Segaert, Adjunct-Kliniekhoofd van de dienst dermatologie UZ Leuven, te mogen verwelkomen. Professioneel gaat zijn aandacht uit naar Psoriasis (lokale therapie, biologics), huideffecten van ‘targeted therapies’ (EGFR-inhibitoren, TNF-inhibitoren, kinase-inhibitoren), Vitamine D analogen en Retinoïden. We hebben hem uitgenodigd om 'De diagnose en de therapie van de huidtoxiciteit van de EGFR-inhibitoren' toe te lichten. We denken hierbij aan Cetuximab (Erbitux®) en Panitumumab (Vectibix®) in de behandeling van het colorectaal carcinoma, de Tyrosine kinase inhibitors zoals gefitinib (Iressa®) en Erlotinib (Tarceva®) in de behandeling van het bronchuscarcinoma en Lapatinib (dual ErbB1/ErbB2 inhibitor - Tykerb®) in de behandeling van het borstcarcinoma en de nieuwere doch nog niet terugbetaalde middelen zoals Vandetanib (dual ErbB1/ErbB2 + VEGFR inhibitor - Zactima®); Canertinib (pan-ErbB-inhibitor),... De vele duidelijke voor- en na foto’s van huiderupties en de duidelijke therapieschema’s hebben ons een ruim overzicht en vooral inzicht gebracht in deze problematiek.

Oncocoach

Sinds februari 2009 heeft AZ Nikolaas een Oncocoach. Deze functie wordt ingevuld door twee verpleegkundigen, nl. Greet Gilles en Micheline Van Hooste. Door mevr. Greet Gilles werd deze functie tijdens het symposium voorgesteld. De job oncooach is een relatief nieuw gegeven. Ze bestaat voorlopig

slechts in enkele ziekenhuizen in het Vlaamse ziekenhuislandschap. Bedoeling van deze functie is om oncologische patiënten en hun familie te begeleiden doorheen hun traject van oncologische behandelingen en de nodige informatie en praktische steun te voorzien.
AZ Nikolaas gaat in deze invulling nog een stap verder: ze voorziet niet alleen steun en informatie/educatie naar patiënten toe, maar voorziet dit ook voor alle oncologische medewerkers, in het bijzonder de verpleegkundigen en huisartsen. De oncocoach komt slechts beperkt bij de patiënt, de afdelingsverpleegkundige is veel meer een constante in het patiëntencontact. Doelstelling van de oncocoach in AZ Nikolaas is dan ook om elke verpleegkundige te ondersteunen en op te leiden zodat ze zelf een beetje 'oncocoach' worden.
De verpleegkundig oncocoach werkt niet van op een eilandfunctie. Zij is deel van het oncologisch support team. Dit team bevat psychologen, sociaal werkers, verpleegkundigen en een diëtiste. Samen proberen zij de kwaliteit van zorg voor de kankerpatiënt zowel op fysisch, psychisch als sociaal vlak te verbeteren, in nauw overleg met (huis)artsen en andere betrokken gezondheidswerkers.

Oncofoon - 03 760 85 38

Sinds oktober van dit jaar, bemant de oncocoach ook de telefooncentrale van de ‘oncofoon’. Met het toenemend aantal gezondheidswerkers dat betrokken is bij de zorg voor de oncologische patiënt, wordt het vaak moeilijk om vanuit de thuissituatie de juiste persoon voor de juiste vraag te vinden. De oncofoon wil met slechts 1 centraal telefoonnummer, tegemoet komen aan eventuele vragen van verpleegkundige, psychologische, sociale, medische,... aard. U kan het nummer alle werkdagen bellen tussen 08.00 en 16.00 uur.

Slotbeschouwing

De leerrijke avond werd afgesloten door Dr. Sandor van Bijsterveld, huisarts en navormingsverantwoordelijke voor de Huisartsenkoepel Waasland vzw. In zijn slotbeschouwingen vroeg hij vooral aandacht voor een goede communicatie. We denken dat de oncofoon hier een snelle service kan verlenen. Ook het samenbrengen van huisartsen en specialisten op een gemeenschappelijk moment voor het MOC- overleg (multidisciplinair oncologisch consult) is een uitdaging voor de toekomst. Tot slot durven we stellen dat dit gemeenschappelijk initiatief geslaagd was en voor herhaling vatbaar.

Dr. Ines Deleu
Medische oncologie
ines.deleu@aznikolaas.be

Infusie sprak met...

Dr. Marc Van Ranst

Interministerieel commissaris influenza

In de ban van de griep

U bent viroloog. Vanwaar die interesse? Wat heeft uw keuze bepaald?
Ik was al vroeg geïnteresseerd in de microbiologie. Toen ik een jaar of veertien was, heb ik met mijn spaarcenten een microscoop gekocht, en ben ik van alles beginnen te bekijken. Op het einde van de humaniora moesten wij ook een maturiteitswerk maken. In de zomer, tussen het vijfde en het zesde jaar middelbaar onderwijs, ben ik beginnen werken in het bacteriologie-laboratorium van de kliniek van Boom. In heb toen het geluk gehad om daar een klinisch bioloog tegen te komen die mij de gelegenheid gaf om daar experimenten uit te voeren zoals groeicurves maken. Vanuit de bacteriologie is dan mijn interesse gegroeid naar de virologie.

Welke opleiding heeft u gevolgd?
Reeds tijdens mijn studies geneeskunde, namelijk vanaf de derde kandidatuur, ben ik begonnen met weten-schappelijk onderzoek in het Rega Instituut van de K.U. Leuven.

Professor Billiau gaf lessen bacteriologie en virologie in Diepenbeek waar ik toen studeerde en hij vroeg mij om in het laboratorium te komen werken. Met uitzondering van 3,5 jaar in New York, waar ik gewerkt heb aan een doctoraat, heb ik steeds research gedaan in het Rega Instituut.

Hoe is uw carrière tot hiertoe verlopen?
Na mijn studies heb ik eerst een doctoraat gehaald in de virologie, en ben ik vervolgens in de klinische biologie gespecialiseerd. Ik heb in feite twee parallelle carrières opgebouwd. Enerzijds ben ik de klinische viroloog van het UZ Gasthuisberg, waar het routinelab gevestigd is, en anderzijds ben ik nog steeds actief in het researchlaboratorium van het Rega Instituut waar ik met mijn studenten onderzoek doe.

U bent nu algemeen bekend als 'griepcommissaris', wat houdt die functie juist in?
Wij wonen in een ingewikkeld land met verschillende gemeenschappen en gewesten, en met veel verschillende niveaus van besluitvorming. Bij een pandemie zijn er verschillende maatregelen noodzakelijk, niet alleen op medisch vlak maar ook op socio-economisch vlak, waarbij een heleboel actoren betrokken zijn. Zowel voor de Minister van Volksgezondheid als voor de andere ministeries is het moeilijk om deze specifieke problematiek aan te pakken. Daarom heeft de regering ervoor gekozen om te centraliseren, om de bevoegdheid te concentreren in één coördinator, die dan aan crisismanagement moet doen. Mijn opdracht is dan ook breder dan het puur medische en daarom heet het ook Interministerieel Commissaris influenza: met bevoegdheden over de verschillende gemeenschappen, gewesten en ministeries heen.

Bij persconferenties wordt u toch meestal geflankeerd door Laurette Onkelinx, federaal Minister van Volksgezondheid?
Ja, maar Binnenlandse Zaken is er ook dikwijls bij betrokken en er zijn al gezamenlijke persmomenten geweest met Joëlle Milquet, wanneer het bijvoorbeeld over werkgelegenheid gaat. Het is natuurlijk wel zo dat de afhandeling van een pandemie primair te maken heeft met gezondheidszorg.

In andere domeinen van de gezondheidszorg bestaat er voor zover ik weet geen dergelijke coördinator. Waarom is dat dan nodig voor influenza?
Er is de tijdsfactor. Men weet heel goed dat in geval er een pandemie uitbreekt, de gevolgen zo ingrijpend kunnen zijn dat men niet veel tijd heeft om de nodige maatregelen te nemen. Normaal overleg, of structuren de kans te geven te functioneren, kost juist tijd die men soms niet heeft.

Uw functie kwam in de spotlights door de uitbraak van de Mexicaanse griep, maar de functie zelf bestond al langer?
Een pandemie zijn we reeds lang aan het voorbereiden. Voor 2006 werd deze functie bekleed door Piet Vanthemsche, die nu hoofd is van de Boerenbond, en die werd aangesteld naar aanleiding van de vogelgriep. Men realiseerde zich toen dat wanneer er vlug beslissingen moesten genomen worden het gemakkelijker is als dit ‘gecoördineerd’ wordt door één persoon. Ik zeg ‘coördineren' en niet 'beslissen’. Ik beslis weinig.

U bent het gezicht van het griepcommissariaat, maar ik veronderstel dat er een hele organisatie achter schuilgaat?
Alleen kan je niets. Het commissariaat bestaat onder andere uit een onderdeel communicatie, en dat is het meest zichtbare, met een callcenter waar een twintigtal mensen actief zijn. Er is een persverantwoordelijke en er zijn woordvoerders. Wij hebben ook een internationale dienst die de samenwerking met de WHO en Europese autoriteiten verzorgt en kijkt naar de internationale situatie. Er is tevens een zeer grote logistieke ploeg, die instaat voor de verdeling van antivirale middelen en vaccins. Verder werken we ook samen met de federale gezondheidsinspecteurs, en deze van de gemeenschappen.

Over hoeveel mensen gaat het in totaal?
Dat is moeilijk te zeggen. Ze worden gedetacheerd, voltijds of deeltijds, om taken uit te voeren voor het commissariaat. Ik schat dat het in totaal toch gaat om een 75-tal personen.

Is er een specifiek overleg met de huisartsenorganisaties?

Huisartsenorganisaties, zoals Domus Medica langs Nederlandstalige kant of SSMG langs Franstalige zijde, zijn zowel bij het wetenschappelijk comité als bij de meeste besprekingen meestal aanwezig. Communicatie is nooit gemakkelijk. Wij hebben dit aangepakt op een manier die tot nu toe nooit gezien werd. Het eerste wat we gedaan hebben was de creatie van een website, www.influenza.be. Er is een callcenter met gratis nummer, 0800-99777, zowel voor het grote publiek als voor professionelen, en er is een elektronische nieuwsbrief waarop men zich kan inschrijven, zodat men alle berichten en persberichten krijgt toegestuurd. Die moeten natuurlijk wel gelezen worden. Ik ben bezig met een kleine enquête, en iemand is er zijn thesis over aan het maken. Wat hieruit nu al blijkt, is dat de mensen die tevreden zijn over de communicatie diegenen zijn die op de website zijn gaan kijken en ingeschreven zijn op de nieuwsbrief. Diegenen die zeggen niet geïnformeerd te zijn, of zeggen dat er een slechte communicatie is, weten niet dat er informatie op de website staat.

Het probleem van de communicatie met de artsen is dat er ergens een idee leeft van een 'heilig informatierecht': diegene die informatie wil, kent ook de manier om aan informatie te geraken, maar wij niet. Daar moeten wij naar gissen. Men vindt dat er een informatieplicht is naar degenen die geïnformeerd moeten worden, in casu de artsen. Op dit moment kan je dit enkel doen met brieven, en dat is ongelooflijk inefficiënt. Een brief moet opgesteld worden in drie talen, gedrukt worden, in een enveloppe gestoken, naar de post gebracht worden,...

Ondertussen klagen sommige artsen dat hun patiënten wel over informatie beschikken en zij niet, maar de patiënt heeft wel de moeite gedaan om op de website te gaan kijken. Dat is een onhoudbare situatie.

De enige manier om dit op te lossen is iedereen een e-mailadres te geven, bijvoorbeeld RIZIVN°x-xxxxx-xx-xxx@health.be of iets gelijkaardigs, zodanig dat dit het preferentieel kanaal wordt om informatie door te sturen.

Onbegrijpelijk dat dit op veel weerstand stuit. Men blokt het idee af met het argument dat niet alle artsen over een computer beschikken. Ik stel vast dat er ook een moeilijke relatie is tussen de huisartsen en e-health. Er is een aversie.

Een belangrijk deel van de communicatie gebeurt via de media. Regelmatig verschijnen er in de pers ook berichten over polemieken zoals de honorering van de vaccinatie. Vindt u het terecht dat dergelijke discussie via de media gevoerd wordt?

Discussie over artsenhonoraria: daar ligt het publiek niet van wakker. 95% is daar niet in geïnteresseerd. Ik heb nog nooit om een interview gevraagd, maar als men mijn mening vraagt, zal ik ze ook geven. Het was niet mijn keuze om de discussie over het artsenhonorarium te voeren via de pers, het was een aantal artsensyndicaten die vonden dat ze dit moesten doen. Het stoort mij niet, maar ik geef weerwerk.

Sommige feiten, zoals de vaccinatie van voetballers, zijn zo frappant dat je de discussie moet aangaan. Het is echter ook nuttig. Ik was echt wel verbolgen, maar het is tegelijkertijd ook reclame voor de vaccinatie: "als Anderlecht en Club Brugge hun spelers vaccineren, dan moet het wel een goed en veilig vaccin zijn". Wij discussiëren over het feit of de vaccinatieperiode wel op tijd kan starten, maar veel minder over al dan niet vaccineren of over de veiligheid van het vaccin, zoals in andere landen. Dat komt bij ons veel minder voor. Ik heb '0' euro communicatiebudget.

Hoe ziet een griepvirus eruit en wat gebeurt er als we besmet worden?

Een griepvirus is inert materiaal, het bevat genetisch materiaal omgeven door een eiwitmantel en daarrond een enveloppe. Net zoals levende wezens hebben zij de ambitie om zich voort te planten, en dat kunnen zij zeer efficiënt. Daar gebruiken ze onze cellen voor. Zij willen eigenlijk gerust gelaten worden, en ons niet teveel schade berokkenen. Oude virussen, zoals herpes en papillomavirussen, slagen daar vrij aardig in: wij hebben er weinig last van. Griepvirussen hebben nog niet geleerd om zich kalm te houden. Maar het is niet het virus zelf dat koorts veroorzaakt: het is ons lichaam dat met koorts reageert, om het dat virus wat moeilijker te maken om zich te repliceren. Er worden ook leucines vrijgemaakt, waardoor we spierpijn krijgen. Griep is dus eigenlijk een reactie van ons lichaam op het virus.

De Mexicaanse griep is veroorzaakt door een nieuw influenza A-virus. Waar komt het vandaan, en hoe gebeurt de typering?

Het is afkomstig van vogels. Influenzavirussen zijn eigenlijk vogelvirussen die geleerd hebben om mensen, paarden, varkens, zeezoogdieren en waarschijnlijk de meeste dieren te infecteren. Ze worden ingedeeld op basis van een tweetal eiwitten aan hun oppervlak: hemagglutinine (HA) en neuraminidase (NA).

Bij vogels zijn een zestiental HA-subtypes en negen NA-subtypes gekend. Bij mensen gaat het om drie verschillende HA en twee NA: HA 1,2 en 3 en NA 1 en 2. Het hemagglutinine zorgt ervoor dat het virus de cellen kan binnendringen. De combinatie van het specifieke HA en NA geeft de naam aan het subtype van het virus, bijvoorbeeld influenza A/H1N1. De vogelgriep van 1997 werd veroorzaakt door de variant influenza A/H5N1.

De verschillende types influenzavirussen hebben ongeveer hetzelfde ziekteverloop, en er is elk jaar een seizoensgriep die quasi onopgemerkt voorbij gaat. Waarom wordt aan deze variant zoveel meer aandacht besteed?

Dat is zo, niettegenstaande er elk jaar 1000 tot 1500 mensen aan de seizoensgriep overlijden, vaak 65-plussers. Het is normaal dat er aandacht aan besteed wordt: het is een pandemie. Sinds de Spaanse griep in 1918 (H1N1) is het de

eerste keer dat er een nieuw griepvirus bij mensen verschijnt. De Aziatische griep in 1957 was een hernieuwing van het H1N1-virus dat dan H2N2 werd. Er waren maar drie van de acht fragmentjes uitgewisseld. Bij de Hongkonggriep, in 1968, gebeurde hetzelfde met twee genetische fragmentjes. Dit H2N2-virus bestond nog steeds voor vijf achtsten uit H1N1. Het is de eerste keer sinds 1918 dat een virus van dieren naar de mens is overgegaan, en het zich ook in de mens kan vermenigvuldigen en zich van mens tot mens overzetten.
Tot slot: in de zomer is er minder nieuws en dan gaan de media er meer aandacht aan besteden.

Had de aandacht te maken met het feit dat A/H1N1 gevaarlijker is dan een seizoensgriep?
In het begin omdat het virus gevaarlijker had kunnen worden. De griep in 1918 was de meest ingrijpende singuliere doodsoorzaak, waarbij op tien weken tijd op sommige plaatsen 0,7% van de bevolking stierf. De schrik zat er dus wel in. Alhoewel, in mijn eerste interview over het virus, dat ik eind april heb gegeven, heb ik gezegd: "wij zijn bezorgd, maar wij zijn niet ongerust". De lijn die wij altijd hebben aangehouden is enerzijds ons voorbereiden, maar anderzijds er van uitgaan dat deze griep waarschijnlijk niet erger zou zijn dan een gewone seizoensgriep. Dat heb ik er dan ook steeds bijverteld. Ons voorzorgsprincipe blijft altijd geldig. Je moet je voorbereiden op iets, en hopen dat je die voorbereidingen nooit nodig zal hebben. Tot hiertoe is het een pandemie met een pathogeen vermogen dat erg meevalt. Stel dat de pandemie voor een ander scenario zou kiezen, dan zijn we er klaar voor.

Op vraag van het Commissariaat moesten de ziekenhuizen een Business Continuity Plan (BCP) opstellen. Was dit noodzakelijk, en wat houdt dat in?
De vraag naar een BCP hebben we aan alle sectoren gesteld. Het bedrijfsleven is meer gewend om ermee te werken. Het is gewoon een antwoord op de vraag: "hoe functioneer ik over een periode van twaalf weken, als 30% van mijn mensen een week ziek zijn?". "Wat moet er gebeuren in een ziekenhuis dat vol ligt met mensen die zorg nodig hebben?" Er zijn pilootziekenhuizen aangesteld die daarover nagedacht hebben, en hun BCP ter beschikking hebben gesteld van de andere ziekenhuizen, zodat niet elk ziekenhuis zelf het warm water moest uitvinden. Dat leek mij de meest efficiënte manier.

Maar de aanpak van de ziekenhuizen verschilt toch nogal eens. Zo werd in het Ziekenhuis Netwerk Antwerpen bijvoorbeeld de garage omgebouwd tot een opvangcentrum, en raadt men in AZ Nikolaas de patiënten in eerste instantie aan om zich te wenden tot de huisarts. Wat is de goede aanpak?
Het beste plan is het plan dat voor jou het beste werkt, en gedragen wordt door de mensen die het gemaakt hebben. Zowel op gemeentelijk vlak als voor de ziekenhuizen laten wij altijd de keuze tussen een zeer gedetailleerd draaiboek, waar zeer directief wordt aangegeven wat moet gebeuren, en een draaiboek met een aantal krijtlijnen en suggesties, waar de invulling lokaal gebeurt. Ik heb liever het tweede. Wanneer je een dik draaiboek ergens op een bureau legt, is de kans groot dat het op een stapel terecht komt. Wanneer je de mensen zelf de gelegenheid geeft om erover na te denken, dan is dat in het begin weliswaar moeilijker, maar daarna veel meer doorleefd, en is er een veel grotere kans op slagen.

Wat vindt u over de kritiek van Luc Bouveux, dat heel de berichtgeving ziektebangmakerij is, georkestreerd door de farmaceutische industrie, die inderdaad veel geld verdient met vaccins en antivirale middelen?
Ik maak mij daar geen illusies over. Dat zijn ook de mensen die, wanneer we te weinig doen, als het erger zou worden, als eersten op de barricaden staan om te zeggen: "ze hebben weer niets gedaan". Ik aanvaard dat. De beste stuurlui staan altijd aan wal.

De risicogroepen zijn nu gevaccineerd. Bent u tevreden over de vaccinatie?
Als ik kijk naar andere landen zeer zeker. De artsen werken zeer goed mee. Sommige in eigen praktijk, andere in gemeentelijke centra. Er zijn nu ongeveer 1,9 miljoen personen gevaccineerd. In tegenstelling tot andere landen hebben wij gekozen voor één dosis van één vaccin, goedgekeurd door het Europees Geneesmiddelenagentschap. Het is veilig: bijwerkingen zijn mogelijk, maar meestal niet ernstig.

België heeft 12 miljoen vaccins aangekocht. Wat gebeurt er met het overschot?
Het vaccin bestaat uit twee delen: het antigen en een adjuvans. Het duurste gedeelte, het adjuvans dat ongeveer 80% van de kostprijs bedraagt, kan worden opgeslagen zodat we eigenlijk over een buffer beschikken voor volgende jaren.

Bedankt voor dit gesprek

Dr. Leo Verguts

Herschikking operatiekwartier

Onderscheid tussen acute en planbare zorg

Bij de opmaak van het zorgstrategisch plan AZ Nikolaas in 2007 werd de optie genomen om de campus in Sint–Niklaas naar twee types zorgomgevingen te laten evolueren.
De site in de L. De Meesterstraat evolueert in de richting van **planbare – niet kritische zorg**. De uitbouw van het oncologisch centrum, de realisatie van een nieuw dagziekenhuis, de centralisatie van de kinderafdeling zijn hiervan reeds gerealiseerde voorbeelden.
De toekomst van de site in de Moerlandstraat is die van een **acute, kritische al of niet spoedgerelateerde – dus niet planbare - zorg**. Het centraliseren van de spoedgevallendienst, intensieve zorgen, het renoveren van verschillende afdelingen in functie van acute verblijvende pathologie, zijn hier voorbeelden van.

Gevolgen voor het operatiegebeuren

Deze evolutie heeft uiteraard ook gevolgen op vlak van de operatieschema's. De operatietijd per chirurgische discipline is historisch gegroeid tot wat ze vandaag is. Schematisch is deze weergegeven in tabel 1. Een wirwar van disciplines (kleur per discipline) over de verschillende operatiekamers. De nieuw uitgewerkte situatie (tabel 2) toont een clustering en dus integratie van de verschillende chirurgische disciplines binnen dezelfde beschikbare operatiecapaciteit.

Volgende principes werden gehanteerd bij de herschikking van de operatietijd:

1) planbare chirurgie versus niet planbare chirurgie;
2) chirurgie met hogere risicograad, bijvoorbeeld nood aan postoperatieve intensieve opvang;
3) clustering van éénzelfde discipline binnen éénzelfde operatiezaal. Op deze manier kan de operatiezaal op maat van de desbetreffende chirurgische discipline worden afgestemd;
4) spreiding van de operatietijd per discipline over de verschillende dagen van de week.

Sinds 1 januari 2010 opereren volgende disciplines op de site Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat; oftalmologie, neus-, keel- en oor en planbare (koude) orthopedie. Op deze site vinden dus

Figuur 1: Operatieschema campus SInt-Niklaas juli 2009

Operatiezalen site Moerlandstraat

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Maandag	08-09u.	NKO	Gynaecologie	Spoedzaal	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	Orthopedie	MKA	Plastische heelkunde	Urologie
	09-10u.									
	10-11u.									
	11-12u.									
	12-13u.									
	13-14u.	Abdominale heelkunde	Spoedzaal	Oftalmologie	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	Orthopedie	Abdominale heelkunde	Plastische heelkunde	Urologie
	14-15u.									
	15-16u.									
	16-17u.									
	17-18u.									
Dinsdag	08-09u.	MKA	Gynaecologie	Oftalmologie	Orthopedie	Orthopedie	Neurochirurgie	Abdominale heelkunde	Spoedzaal	Urologie
	09-10u.									
	10-11u.									
	11-12u.									
	12-13u.									
	13-14u.	MKA	Gynaecologie	Spoedzaal	Orthopedie	Orthopedie	Neurochirurgie	Abdominale heelkunde		Urologie
	14-15u.									
	15-16u.									
	16-17u.								Pijnkliniek	
	17-18u.									
Woensdag	08-09u.	NKO	Gynaecologie	Oftalmologie	Neurochirurgie	Orthopedie	Pijnkliniek	Abdominale heelkunde	Abdominale heelkunde	MKA *
	09-10u.									
	10-11u.									
	11-12u.				Spoedzaal					Spoedzaal
	12-13u.									
	13-14u.	Thoracovasc. Heelkunde	Gynaecologie	Spoedzaal	Neurochirurgie	Orthopedie	Pijnkliniek	Abdominale heelkunde	Abdominale heelkunde	Neurochirurgie*
	14-15u.									
	15-16u.								Neurochirurgie	MKA *
	16-17u.									
	17-18u.									
Donderdag	08-09u.	MKA	Gynaecologie	Oftalmologie	Spoedzaal	Orthopedie	Thoracovasc. Heelkunde	Abdominale heelkunde	Abdominale heelkunde	Plastische heelkunde
	09-10u.									
	10-11u.									
	11-12u.									
	12-13u.									
	13-14u.	MKA		Spoedzaal	Orthopedie	Orthopedie	Thoracovasc. Heelkunde	Abdominale heelkunde	Abdominale heelkunde	Plastische heelkunde
	14-15u.									
	15-16u.									
	16-17u.									
	17-18u.									
Vrijdag	08-09u.	MKA	week 1: Gynaecologie	Spoedzaal	Orthopedie	Orthopedie	Neurochirurgie	Tandheelkunde	Abdominale heelkunde	Urologie
	09-10u.		week 3: Abd. HK							
	10-11u.		week 2&4: MKA							
	11-12u.									
	12-13u.									
	13-14u.	MKA	Pijnkliniek	Spoedzaal	Neurochirurgie	Orthopedie	Neurochirurgie	Orthopedie	Abdominale heelkunde	Urologie
	14-15u.									
	15-16u.									
	16-17u.								Plastische heelkunde	
	17-18u.									

Operatiezalen site L. De Meesterstraat

		1	2	3	4	5
Maandag	08-09u.	Algemene heelkunde	Orthopedie	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	NKO
	09-10u.					
	10-11u.					
	11-12u.					
	12-13u.					
	13-14u.	Algemene heelkunde	Orthopedie	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	NKO
	14-15u.					
	15-16u.					
	16-17u.					
	17-18u.					
Dinsdag	08-09u.	Gynaecologie	Urologie	Gynaecologie	Orthopedie	NKO
	09-10u.					
	10-11u.					
	11-12u.					
	12-13u.					
	13-14u.			Gynaecologie	Orthopedie	Gastro-enterologie
	14-15u.	Plastische heelkude	Orthopedie			
	15-16u.					
	16-17u.					
	17-18u.					
Woensdag	08-09u.	Algemene heelkunde	Orthopedie	Gynaecologie	Orthopedie	NKO
	09-10u.					
	10-11u.					
	11-12u.					
	12-13u.					
	13-14u.	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	Gynaecologie	Orthopedie	Oftalmologie
	14-15u.					
	15-16u.					
	16-17u.					
	17-18u.					
Donderdag	08-09u.	Gynaecologie	Urologie	Plastische heelkunde	Orthopedie	Urologie
	09-10u.					Stomatologie
	10-11u.					
	11-12u.					
	12-13u.					
	13-14u.	Algemene heelkunde	Neurochirurgie	Orthopedie	Orthopedie	Plastische heelkunde
	14-15u.					
	15-16u.					
	16-17u.					
	17-18u.					
Vrijdag	08-09u.	Algemene heelkunde	Orthopedie	Gynaecologie	Orthopedie	NKO
	09-10u.					Pediatrie
	10-11u.					
	11-12u.					
	12-13u.					
	13-14u.	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	Orthopedie	Orthopedie	Oftalmologie
	14-15u.					
	15-16u.					
	16-17u.					
	17-18u.					

Figuur 2: Operatieschema campus Sint-Niklaas januari 2010

Operatiezalen site Moerlandstraat

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Maandag	08-09u. 09-10u. 10-11u. 11-12u. 12-13u.	MKA	Plastische heelkunde	Acute zaal	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	Neurochirurgie	Algemene & abdominale heelkunde	Algemene & abdominale heelkunde	Urologie
	13-14u. 14-15u. 15-16u. 16-17u. 17-18u.	Gynaecologie	Plastische heelkunde	Acute zaal	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	Neurochirurgie	Algemene & abdominale heelkunde	Algemene & abdominale heelkunde	Urologie
Dinsdag	08-09u. 09-10u. 10-11u. 11-12u. 12-13u.	MKA	Gynaecologie	Acute zaal	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	Neurochirurgie	Algemene & abdominale heelkunde	Algemene & abdominale heelkunde	Urologie
	13-14u. 14-15u. 15-16u. 16-17u. 17-18u.	MKA	Gynaecologie	Acute zaal	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	Neurochirurgie	Algemene & abdominale heelkunde	Algemene & abdominale heelkunde	Urologie
Woensdag	08-09u. 09-10u. 10-11u. 11-12u. 12-13u.	MKA	Gynaecologie	Acute zaal	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	Pijnkliniek	Algemene & abdominale heelkunde	Algemene & abdominale heelkunde	Urologie
	13-14u. 14-15u. 15-16u. 16-17u. 17-18u.	MKA	Gynaecologie	Acute zaal	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	Pijnkliniek	Algemene & abdominale heelkunde	Algemene & abdominale heelkunde	Neurochirurgie
Donderdag	08-09u. 09-10u. 10-11u. 11-12u. 12-13u.	MKA	Gynaecologie	Acute zaal	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	Neurochirurgie	Algemene & abdominale heelkunde	Algemene & abdominale heelkunde	Urologie
	13-14u. 14-15u. 15-16u. 16-17u. 17-18u.	MKA	week 1: Gynaecologie week 2: Plast Heelkunde	Acute zaal	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	Neurochirurgie	Algemene & abdominale heelkunde	Algemene & abdominale heelkunde	Urologie
Vrijdag	08-09u. 09-10u. 10-11u. 11-12u. 12-13u.	MKA	Tandheelkunde	Acute zaal	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	Neurochirurgie	Algemene & abdominale heelkunde	Plastische heelkunde	Urologie
	13-14u. 14-15u. 15-16u. 16-17u. 17-18u.	MKA	Pijnkliniek	Acute zaal	Thoracovasc. Heelkunde	Orthopedie	Neurochirurgie	Algemene & abdominale heelkunde	Plastische heelkunde	Urologie

Operatiezalen site L. De Meesterstraat

		1	2	3	4	5
Maandag	08-09u. 09-10u. 10-11u. 11-12u. 12-13u.	Gynaecologie	Orthopedie	Orthopedie	Orthopedie	NKO
	13-14u. 14-15u. 15-16u. 16-17u. 17-18u.	Oftalmologie	Orthopedie	Orthopedie	Orthopedie	NKO
Dinsdag	08-09u. 09-10u. 10-11u. 11-12u. 12-13u.	Oftalmologie	Gynaecologie	Orthopedie	Orthopedie	NKO
	13-14u. 14-15u. 15-16u. 16-17u. 17-18u.	Pediatrie Stomato ad hoc Plastische heelkunde	Gynaecologie	Orthopedie	Orthopedie	NKO
Woensdag	08-09u. 09-10u. 10-11u. 11-12u. 12-13u.	Oftalmologie	Gynaecologie	Orthopedie	Orthopedie	NKO
	13-14u. 14-15u. 15-16u. 16-17u. 17-18u.	Oftalmologie	Gynaecologie	Orthopedie	Orthopedie	Orthopedie
Donderdag	08-09u. 09-10u. 10-11u. 11-12u. 12-13u.	Oftalmologie	Plastische heelkunde	Orthopedie	Orthopedie	NKO
	13-14u. 14-15u. 15-16u. 16-17u. 17-18u.	Orthopedie	Orthopedie	Orthopedie	Orthopedie	Plastische heelkunde
Vrijdag	08-09u. 09-10u. 10-11u. 11-12u. 12-13u.	Pediatrie Orthopedie	Gynaecologie	Orthopedie	Orthopedie	NKO
	13-14u. 14-15u. 15-16u. 16-17u. 17-18u.	Oftalmologie	Gynaecologie	Orthopedie	Orthopedie	NKO

geen operaties meer plaats voor volgende disciplines: urologie, traumatologie, abdominale heelkunde, neurochirurgie en vaatchirurgie. Deze disciplines worden volledig geïntegreerd op de site Moerlandstraat.
Plastische chirurgie en gynaecologische chirurgie blijven nog op beide sites activiteit behouden. Wel zijn de operatieschema's voor deze disciplines reeds afgestemd zodat een éénvoudig samenbrengen van de discipline mogelijk wordt op het moment dat bijkomende operatiezalen in Sint-Niklaas beschikbaar zijn.

Hospitalisatieafdelingen

Het 'profiel van de hospitalisatieafdelingen' is onlosmakelijk verbonden met de herschikkingen van de operatiekwartieren. In de toekomst worden afdelingen met een totale versnippering van disciplines vermeden.
Afdelingen krijgen een nog duidelijker profiel, wat de subspecialisatie van het multidisciplinaire team alleen maar ten goede komt. De twee chirurgische afdelingen op site L. De Meesterstraat zullen vanaf januari evolueren naar een orthopedisch en gynaecologisch profiel.

Disciplines als neurochirurgie, urologie, abdominale - en vaatchirurgie worden in de site Sint-Niklaas - Moerlandstraat toegevoegd aan de afdelingen met het bestaande profiel. De herschikking van de orthopedie naar een meer planbare zorg op Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat versus traumatologische zorg op campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat biedt de mogelijkheid om deze disciplines in site Moerlandstraat te integreren.

De Traumazaal:
een logische stap in een modern operatiekwartier

Naar internationaal voorbeeld werd er enkele maanden geleden beslist om binnen de centrale campus van het AZ Nikolaas een onderscheid te maken tussen een acute en niet-acute site. Aangezien de dienst spoedgevallen reeds gecentraliseerd werd op campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat was het dan ook logisch om van die campus de acute campus te maken. De gevolgen van dergelijke strategische keuze manifesteren zich ook in het operatiekwartier.
Voor de dienst orthopedie loopt dit onderscheid zeer parallel. Begrippen als warme orthopedie (traumachirurgie of niet-planbare chirurgie) en koude orthopedie (andere electieve of planbare ingrepen zoals bijvoorbeeld prothese chirurgie en arthroscopische chirurgie) worden reeds langer gehanteerd. Bij de herstructuring van het operatiekwartier werd er dan ook voor geopteerd om een traumazaal te creëren. De traumazaal bevindt zich in campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat en zal de volledige week bemand worden om de traumatologie op te vangen. Het is een toegewezen zaal die van maandagochtend tot vrijdagavond zal open worden gehouden enkel en alleen voor traumatologie. De "koude" of planbare orthopedie zal behandeld worden in campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat.

De traumazaal zal tijdens de week volgens een onderling afgesproken schema door de verschillende orthopedisch chirurgen die binnen het ziekenhuis werkzaam zijn, worden gebruikt. Per halve dag zal één van de orthopeden zich vrijmaken voor de opvang van de orthopedische traumatologie. De voordelen van dergelijke organisatie zijn talrijk. De belangrijkste worden hieronder vernoemd:

- op elk moment kan de acute opvang en behandeling van een traumapatiënt worden voorzien en dit los van lopende chirurgische programma's;
- een korte verbinding met de dienst spoedgevallen garandeert een snelle adviesverlening en vermijdt onnodig lange en oncomfortabele transporten doorheen het ziekenhuis;
- superspecialisatie die op dit moment als "state of the art" geldt binnen orthopedie kan nu ook worden doorgetrokken in de traumatologie;
- er zullen geen vertragingen optreden, ook niet voor andere niet-orthopedische urgenties omdat deze in een aparte zaal kunnen gebeuren;
- specifieke installatie en opzet van deze zaal, centralisatie van specifiek instrumentarium en de aanwezigheid van gespecialiseerd personeel verhogen verder de kwaliteit van de traumaaanpak;
- de electieve programma's zullen niet meer worden verstoord door het onvoorspelbare karakter van de traumatologische pathologie.

Deze nieuwe structuur zal op 4 januari 2010 van start gaan. Voor meer specifieke informatie kan u bij de verschillende orthopedisch chirurgen terecht.

Dr. Jo De Schepper - Orthopedie - AZ Nikolaas

Meer informatie met betrekking tot de herschikkingen van het operatiekwartier?

Dr. Philip Nieberding
Projectmanager medisch departement
philip.nieberding@aznikolaas.be

Stef Vertenten
Clustermanager verpleegkundig departement
stef.vertenten@aznikolaas.be

Henk Cuvelier
Fusiecoördinator
henk.cuvelier@aznikolaas.be

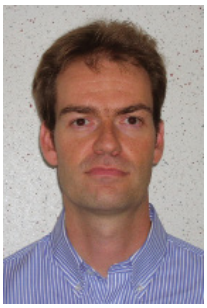
NIEUWE GEZICHTEN

Dr. Caroline Lamot - Medische oncologie

Sinds 1 oktober 2009 maakt dokter **Caroline Lamot** (°Gent, 1978) deel uit van de dienst **oncologie** van het AZ Nikolaas. Dokter Lamot studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Gent, waarna zij zich specialiseerde in de inwendige geneeskunde en medische oncologie. Zij liep stage in het UZ Gent en heeft een bijkomende interesse in de palliatieve zorgen.
Dokter Lamot vervoegt dr. I. Deleu, dr. E. Everaert, dr. W. Lybaert, dr. B. Naessens, dr. J. Lemmens en dr. G. Buelens.

Dr. Michaëla Maes - Kinderziekten

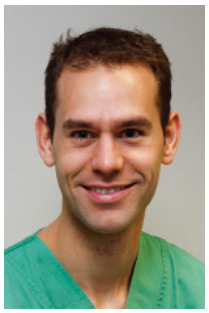
Sinds 1 november 2009 maakt dokter **Michaëla Maes** (° Sint-Niklaas, 1978) deel uit van de dienst **pediatrie** van het AZ Nikolaas. Dr. Maes studeerde geneeskunde aan de **Universiteit Gent**, waarna zij zich specialiseerde in de kinderziekten. Zij liep stage in het UZ Gent, Heilig Hart ziekenhuis Roeselaere en het RC De Haan.
Dr. Maes vervoegt **dr. L. Callewaert, dr. A. Covents, dr. H. Fivez, dr. V. Janssens, dr. I. Rijckaert, dr. J. Thijs en dr. G. Verbeke**.



Dr. David Van der Planken - Neurochirurgie

Vanaf 1 oktober 2009 maakt dokter **David Van der Planken** (°1976) deel uit van de dienst **neurochirurgie** van het AZ Nikolaas. Dr. Van der Planken volgde zijn specialisatie opleiding neurochirurgie in het **Universitair Ziekenhuis Antwerpen** en het **Ziekenhuis Oost Limburg** te Genk. Aanvullend volgde hij de postgraduaat cursussen van de **European Association of Neurosurgery (EANS)** en **Schedelbasiscursus** in het Erasmus MC te Rotterdam. Specifieke aandachtsgebieden zijn **algemene en spinale neurochirurgie** en **neuro-oncologie**. Hij is verder nog werkzaam als consulent op de dienst neurochirurgie van het UZA.

Dr. Van der Planken zal raadpleging doen in AZ Nikolaas campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat en campus Beveren.



Dr. Jonas Van Doorslaer - Anesthesie

Sinds 1 december 2009 maakt dokter **Jonas Van Doorslaer** (° Gent, 1979) deel uit van de dienst **anesthesie** van het AZ Nikolaas.

Dr. Van Doorslaer studeerde geneeskunde aan de **Universiteit Gent**, waarna hij zich specialiseerde in de anesthesie en reanimatie.
Hij liep stage in het UZ Gent en in het Stedelijk Ziekenhuis Roeselaere.

Nieuwjaarswensen

2009, opgeslokt door de ongrijpbare tijd. Weggeschreven naar de geschiedenisboeken. Waarin Sint Niklaas wellicht niet meer dan een voetnoot zal zijn.
Al kreeg de Brug der Zuchten er een Korte Wapper bij. Getuige van de langzame toenadering.
De milieueffecten van de nieuwe verbinding haalden hier de kranten niet. Toch viel er één slachtoffer te betreuren. In de tuin van het ziekenhuis stond een oude lork, waarin bij valavond een bonte verzameling vogels neerstreek, vrolijk kwetterend over hun wedervaren van de voorbije dag. Het deed me steeds denken aan de verpleegsterbriefings op onze afdeling. De vogels genoten zichtbaar van hun happy hour, maar ook ik, op weg naar huis na een lange dag.

Zoals bij elke jaarwende werden nu ook – analoog en digitaal – massaal nieuwjaarswensen uitgewisseld. Op nummer één prijkt, jaar na jaar, de wens van 'een goede gezondheid'. Er zijn nochtans heel wat alternatieven te bedenken. Men hoeft niet in Antwerpen te wonen om elkaar 'minder fijn stof en een gezond milieu' te wensen. Of 'een leuke leraar, die de klas inspireert' is een wens die een heel jaar mee kan. Voor wie de crisis aan de lijve ondervindt, wens je 'een job, die voldoening geeft'. 'Een sluitende begroting' is dan weer iets voor dromers. Vorig jaar nog was mijn wens aan vrienden 'dat we met zijn allen wat minder naar de beurs koersen en wat meer aan delen denken'. Eén jaar later lijkt deze wens nog even actueel.
Maar 'een goede gezondheid' blijft onze hoofdbekommernis. Van waar komt deze haast ziekelijke belangstelling voor gezondheid? De tijd dat de pest door Europa raasde en een derde van de bevolking uitroeide, ligt eeuwen achter ons. En toestanden zoals in Malawi en Zambia, waar de levensverwachting nauwelijks 40 jaren is en de helft van de kinderen de volwassen leeftijd niet haalt, kennen wij niet. Wie in een westers land geboren wordt, krijgt vandaag in de lotto van het leven een deelnamebiljet voor 79 jaren (82 jaren, indien je tot het sterke vrouwelijke geslacht behoort). En we beschikken over een gigantisch budget voor gezondheidszorgen – één Euro op tien wordt door de regering in gezondheid geïnvesteerd - en dit budget groeit nog onverklaarbaar snel.

Waarom dan onze fixatie op gezondheid? Waarom is dit gespreksonderwerp nummer één wanneer mensen elkaar ontmoeten? Artsen mogen zich al uitputten in het beschermen van de privacy van hun patiënten – het goed bewaarde beroepsgeheim - , bij de lokale bakker of slager gelden deze scrupules niet. Daar worden medische diagnoses druk besproken, adviezen worden uitgewisseld, littekens worden aan een vergelijkend onderzoek onderworpen. In de beslotenheid van de plaatselijke apotheek, tussen okerbruine potten met kruiden, die nog niet al hun geheimen hebben prijsgegeven, en met de welwillende commentaar van de dienstdoende apotheker, krijgen deze getuigenissen een haast waarheidsgetrouw karakter. De goegemeente is begaan.
Het is natuurlijk juist dat ernstige ziekte je dagelijkse leven ontwricht. Daarnet was je op het schouwtoneel van het leven nog een actieve speler en plots blijk je gedegradeerd tot een marionet en lijken artsen en omgeving de touwtjes in handen te hebben. Voor je het weet is er op het werk een stand-in en ben je enkel onmisbaar voor wie echt dierbaar is.
Maar vele gezondheidsklachten zijn een surrogaat om andere problemen toe te dekken. Chronische hoofdpijn weerspiegelt soms kopzorgen in een tanende relatie. Zure oprispingen bestrijden we met medicatie, maar die beschermt niet tegen oprispingen van een zure baas. Liever dan de echte problemen aan te pakken nemen we onze toevlucht tot feel-good medicatie. En liever dan gezonde leefgewoonten te volgen, nemen we een pilletje om ons cholesterol op een gewetensussend peil te houden. Vaak aangevuld met voedingssupplementen van een bedenkelijke en niet steeds ongevaarlijke herkomst (in de VS neemt meer dan de helft van de volwassen bevolking dergelijke supplementen). Het onwrikbaar (bij)geloof in hun helende kracht is diep geworteld. We hopen hiermede aan de eindmeet enkele weken of maanden respijt te krijgen. Uit wroeging om gemiste kansen? In het sluimerend besef van foute keuzes en verwaterde idealen? Reïncarnatie is voor de meesten geen optie. En dus wordt de eindigheid van het leven hardnekkig bestreden.

Misschien moet onze aandacht opnieuw gaan naar het zinvoller maken van onze dagen, bewust van het unieke geschenk van het leven. Aan allen, die gezond zijn, wensen we daarom een jaar zonder witte woede, maar van groene hoop op een betere leefwereld. Ook voor de ander. Ook voor de volgende generaties. En aan hen, wier gezondheid echt bedreigd wordt, wensen we een bekwaam team toegewijde zorgverstrekkers en dat tikkeltje geluk, dat soms het verschil maakt.

Dr. Francis Ruys