

Infusie

9

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas



Spoedgevallen • Behandeling van een acuut hartinfarct • Kinder- en jeugdpsychiatrie breidt poliklinische activiteiten uit • Zorgtraject diabetes mellitus type 2 • Infusie sprak met: dr. Jan Stroobants • Palliatieve zorg: een vlekkeloos einde? • Overkappingsprothese voor de edentate patiënt • Toekomstplannen site L. De Meesterstraat • PACS ook voor huisartsen

Jaargang 3 - nr. 9
maart - april - mei 2010
Driemaandelijks tijdschrift
Verantwoordelijke uitgever en afzender:
Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1 - 9100 Sint-Niklaas

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

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER:

Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1
9100 Sint-Niklaas

REDACTIERAAD:

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

WERKTEN MEE:

Dr. Peter Coremans
Dr. Annick Covents
Henk Cuvelier
Isolde De Munck
Dr. Kristof Hendrickx
Dr. Marc Hermans
Dr. Dries Pas
Dr. Marc Van Ussel
Dr. Rudi Weckhuysen

VORMGEVING:

Dienst communicatie AZ Nikolaas

ILLUSTRATIES:

Alex Deyaert
MKA
Neil Vancraeynest

Edito	3
Spoedgevallen	4
Behandeling van een acuut hartinfarct	6
Pensioen dr. Ronald Walckiers	8
Kinder- en Jeugdpsychiatrie breidt poliklinische activiteiten uit naar campus Temse	8
Zorgtraject diabetes mellitus type 2	10
Pensioen dr. Paul Haentjens & dr. Ludo Thys	11
Infusie sprak met: dr. Jan Stroobants	12
Palliatieve zorg: een vlekkeloos einde?	17
Overkappingsprothese voor de edentate patiënt	18
Agenda	19
Toekomstplannen site L. De Meesterstraat	20
PACS ook voor huisartsen	22
Nieuwe gezichten	23
Column	24

Editio

24 jaar geleden, startte ik mijn klinische opleiding als assistent Inwendige Ziekten in het Stuivenbergziekenhuis in de Antwerpse Seefhoek. Het was een harde maar onvergetelijke leerschool in een onovertroffen historisch kader. Als assistent waren we nauw betrokken bij de Spoedgevallendienst. We deden een tiental wachten per maand op één van de meest beruchte Spoedgevallendiensten van het land. Jef Geeraerts had net zijn roman “De Zaak Alzheimer” uitgebracht en één scène speelde zich af op de spoed van “t Stuivenberg”. Een spoedarts wordt door het hoofdpersonage, Angelo Ledda, vakkundig de nek omgedraaid. Om u maar een idee te geven van de sfeer waarin we toen moesten (mochten) werken.



Marc Geboers
Medisch directeur

Als dienstdoende arts zagen we onwaarschijnlijke urgenties passeren. Toestanden, die het bestaan van een Spoedgevallendienst meer dan 100% rechtvaardigden. Maar ook toen al zagen we veel problemen waarvan men zich kan afvragen of ze op een Spoedgevallendienst thuis hoorden. Zo werd de wachtzaal wel eens afgebroken door een hoertje met oorpijn terwijl je bezig was de zoveelste drugsverslaafde het leven te redden. Maar ja, zeker voor dames van lichte zeden was tijd letterlijk geld.

Het aanbod op de Spoedgevallendienst is na al die jaren niet fundamenteel veranderd. Het blijft een mix van enerzijds ernstige pathologie waarvoor terecht alle beschikbare middelen worden aangewend en anderzijds heel banale zaken die de bezetting van de wachtzaal verhogen. Allerlei maatregelen van de overheid om het oneigenlijke gebruik van de spoed terug te dringen, hebben op geen enkel moment geresulteerd in een daling van het aantal patiënten die zich aanmelden op spoed.

AZ Nikolaas ziet jaarlijks ongeveer 40.000 patiënten passeren op spoed, gemiddeld 110 per dag. Een derde van die patiënten wordt opgenomen in het ziekenhuis, twee derde kan na verzorging terug naar huis. Al die patiënten hebben hun eigen verhaal en (goede) redenen waarom ze een beroep doen op de Spoedgevallendienst. Elke patiënt begrijpt dat er op de dienst Spoedgevallen patiënten worden binnen gebracht die er erger aan toe zijn dan zijzelf en iedereen kan aanvaarden dat ze dus even moeten wachten. Maar na een tiental minuten wachten, mag toch ook wel eens iemand aandacht besteden aan hun probleem!

In dit nummer van Infusie besteden we ruime aandacht aan “de spoed” en de opening van onze nieuwe Spoedgevallendienst. Het is een mijlpaal in het fusietraject van AZ Nikolaas. Alle spoedmedewerkers zijn bijzonder gemotiveerd om in deze nieuwe omgeving het beste van zichzelf te geven. De opdracht van de Spoedgevallendienst is onveranderd: we zijn er in eerste instantie voor de daadwerkelijke urgenties maar we hebben ons ook georganiseerd om alle andere problemen op een snelle en vakkundige manier op te vangen.

AZ Nikolaas neemt nieuwe in gebruik

1 maart 2010 was een nieuwe mijlpaal in het fusieproces van AZ Nikolaas. Op die dag werd de nieuwe Spoedgevallendienst geopend. Vanaf die datum is de Hospitaalstraat opnieuw het vertrouwde aanmeldingspunt voor alle urgenties uit het Waasland. En de splinternieuwe accommodatie moet het mogelijk maken om op een vlotte en patiëntvriendelijke manier alle spoedgevallen te helpen.

Graag stellen we u even de verschillende onderdelen van onze nieuwe Spoedgevallendienst voor:

Onthaal

De toegang tot de nieuwe Spoedgevallendienst ligt aan de **Hospitaalstraat**. Een ruime, verwarmde garage moet zorgen voor een veilig en beschut onthaal van patiënten die zich via de dienst 100 (maar ook met eigen vervoer) aanmelden. Ambulante patiënten hebben een eigen toegang naast de ingang van de garages. Daar vindt men twee onthaalbalies waar de administratieve handelingen verricht worden. Vervolgens kan de patiënt plaatsnemen in de wachtzaal die in drie compartimenten is opgedeeld. Eén van deze wachtzalen is specifiek bestemd voor kinderen. Kleurrijke muurversieringen met o.a. ballonnen (hoe kan het ook anders in Sint-Niklaas) moeten voor wat afleiding zorgen bij de jongste patiëntjes.

Triage

Zodra de patiënt zich heeft aangemeld, is de eerste stap de “triage”. Een spoedverpleegkundige haalt de patiënt op in de wachtzaal en doet een eerste onderzoek. Aan de hand van het verhaal, een aantal basisparameters en een beoordeling van de pijnschaal, wordt de patiënt beoordeeld op de urgentiegraad van zijn probleem.

Een eerste onderscheid dient gemaakt te worden tussen pathologie die behoort tot de (kleine) traumatologie of de meer observationele aandoeningen. In functie van de parameters en de pijn wordt ook beoordeeld hoe snel de patiënt kan geholpen worden. Dit geeft ook al een eerste indicatie over de wachttijd die de patiënt in acht zal moeten nemen. Om deze triage op een correcte en verantwoorde manier te laten verlopen, wordt gebruik gemaakt van gevalideerde en wetenschappelijk onderbouwde methodes. In een later stadium willen we dit proces via informatica ondersteunen.

Fast-track

Patiënten met een probleem van traumatologie zullen verder onderzocht en behandeld worden in een straat die de naam “Fast-Track” kreeg. Hier zijn boxen voorzien waar een eerste evaluatie kan gebeuren om dan verdere onderzoeken te plannen (voornamelijk klassieke radiologie op de dienst

Medische Beeldvorming). Eens de onderzoeken gebeurd zijn, keert de patiënt terug naar een interne wachtzaal van de dienst Spoedgevallen. De beelden zelf worden via het PACS onmiddellijk ter beschikking gesteld van de behandelende arts. De behandeling kan dan uitgevoerd worden waarna de patiënt het ziekenhuis kan verlaten. Ook interventiezaaltjes voor bijvoorbeeld hechtingen zijn in deze fast-track aanwezig.

Er zijn ook enkele **speciale kinderboxen** voorzien in dit gedeelte van de spoed. Op deze manier worden de kinderen buiten het circuit van de “zieke” spoedpatiënten gehouden wat voor hen minder confronterend is.

Mid-Care

Patiënten met een probleem waarvoor verdere observatie en investigatie noodzakelijk is, komen terecht in de straat die we “Mid-Care” hebben gedoopt. Hier zijn een aantal afzonderlijke boxen waar de patiënt in alle rust en privacy, al dan niet vergezeld door hoogstens twee familieleden, de onderzoeken kan afwachten.

De ervaring leert ons dat deze patiënten in afwachting van onderzoeken en een eerste diagnose vaak wat langer op de Spoedgevallendienst verblijven. Bovendien geeft deze manier van organiseren de kans om een eerste behandeling op te starten of in alle rust en sereniteit een gesprek te voeren. Elke box is uitgerust met mogelijkheid tot monitoring die centraal kan bekeken worden. Op die manier wordt elke patiënt nauwkeurig opgevolgd. Zodra de patiënt voldoende onderzocht en gestabiliseerd is, kan ofwel geopteerd worden voor een opname in het ziekenhuis ofwel voor ontslag naar huis. Gezien de noodzaak om voor deze patiënten een behandeling in te stellen, is ook de medicijnkast in deze straat geïntegreerd. De dienst Spoedgevallen werkt met een geïnformatiseerde voorraadkast, een zogenaamde Van As kast. De verpleging heeft toegang tot de kast via hun fingerprint. Zij geven de medicatie, zoals voorgeschreven door de arts, in via een touchscreen waarna de medicatie wordt aangeleverd door de kast (schuifjes die opengaan en toelaten om de benodigde medicatie te nemen).

Reanimatieboxen

De opvang van levensbedreigende toestanden, is dé core-business van een Spoedgevallendienst. Een gepaste infrastructuur voor de opvang van deze patiënten is dan ook onmisbaar. In de nieuwe Spoedafdeling hebben we twee volledig uitgeruste reanimatieboxen ter beschikking. Ze zijn ingericht met de modernste apparatuur om snelle diagnostiek en behandeling mogelijk te maken. Er is ook voldoende ruimte om op gepaste manier alle beschikbare hulpmiddelen te ontplooiën. De toegang tot deze boxen kan rechtstreeks vanuit de garage voor het

spoedgevallendienst



100-vervoer gebeuren en kruist het circuit van de andere patiënten niet. Bijzonder veel aandacht werd besteed aan de nodige monitoringapparatuur met centraal toezicht. Op die manier kunnen alle vitale parameters vanop meerdere plaatsen online gevolgd worden.

Bijzondere lokalen

Verder zijn er nog enkele specifieke lokalen voorzien. Zo is er nu ook een volwaardige **isolatiecel** waar agressieve of psychotische patiënten, die een gevaar vormen voor zichzelf of hun omgeving, tijdelijk opgevangen worden. Hoe beperkt men het gebruik van deze isolatiecel ook wil houden, ze voldoet wel aan een bestaande behoefte om dit soort problemen op te vangen.

Er is ook een speciaal ingerichte ruimte voor “**decontaminatie**” zoals bijvoorbeeld na radioactieve besmetting (geen overbodige luxe in de schaduw van Doel). Hier is apparatuur voorzien om (potentiëel) besmette patiënten te onderwerpen aan een decontaminerende douche alvorens over te gaan tot verdere behandeling. Deze ruimte kan ook gebruikt worden bij patiënten met uitgebreide brandwonden. Een speciale fontein laat toe om ook oogspoelingen uit te voeren.

De nieuwe dienst Spoedgevallen bestaat echter niet alleen uit stenen en gyproc, men wil in deze nieuwe omgeving ook een aantal basisconcepten van de moderne spoedopvang implementeren. Er is door het ganse spoedteam bijzonder hard gewerkt om deze concepten om te zetten in standing orders en flowcharts.

We hopen dat de nieuwe spoed ook een kwalitatieve verbetering zal betekenen voor de patiëntenzorg.

Dr. Marc Geboers
Medisch directeur
marc.geboers@aznikolaas.be

Behandeling van een acuut hartinfarct

Hartaanval en hartinfarct zijn de algemene benamingen voor een acuut ernstig zuurstofgebrek in een deel van de hartspier, waardoor de spiercellen in dat hartgedeelte afsterven. Hartinfarcten vormen nog steeds één van de belangrijkste doodsoorzaken in ons land.

De acute coronaire syndromen worden gewoonlijk ingedeeld in drie categorieën: onstabiele angor; het non-ST-segment elevatie infarct (NSTEMI) en tenslotte het ST-segmentelevatie myocardinfarct (STEMI). Vooral deze laatste patiënt loopt in de acute fase een hoog risico op plotse dood. De laatste decade is de mortaliteit gelukkig gedaald door een snellere diagnose en een efficiëntere behandeling.

Een hartinfarct ontstaat meestal door een volledige occlusie van een coronaire arterie door een thrombus. Hoewel een infarct klinisch een plotselinge gebeurtenis lijkt, is het in feite de uiting van reeds jarenlang bestaande en progressieve atherosclerose met vernauwing van de coronairen tot gevolg. Het acute event bestaat uiteindelijk uit de ruptuur van de bedekkende kap van een dergelijke atheroomplaque met klontervorming en volledige afsluiting van de slagader tot gevolg. Afsluiting van de kransslagader leidt tot zuurstofnood of ischemie en langdurige ischemie leidt vervolgens tot afsterven of necrose in dat deel van het myocard. De grootte van het infarct wordt bepaald door de plaats en duur van afsluiting en door de eventuele aanwezigheid van collaterale circulatie. Uit bevolkingsonderzoek is tevens bekend dat een grote groep patiënten snel en plotseling overlijdt ten gevolge van een myocardinfarct voor enige medische hulp hen bereikt. De meeste van deze pre-hospitaal overlijdens treden op ten gevolge van majeure aritmieën (ventrikelfibrillatie).

Behandeling

Uit bovenstaande gegevens volgen de twee belangrijkste behandelingsstrategieën ter verbetering van de prognose bij een acuut myocardinfarct:

1. Preventie van plotse dood door zo snel mogelijk de patiënt in een veilige omgeving te brengen ter behandeling van eventuele ventrikelfibrillatie (VF); wat neerkomt op het ter plaatse brengen van een defibrillator.
2. Vervolgens de infarctgrootte beperken door een zo snel mogelijke rekanalisatie van de betrokken kransslagader.

De fors verbeterde overleving van deze patiënten de voorbije decennia is dan ook te danken aan de efficiëntie van de verschillende schakels in dit proces: de patiënt (en zijn/haar omgeving), de huisarts, het hulpcentrum 100, de ambulanciers, de mobiele urgentiegroep (MUG) en het medisch en verpleegkundig personeel van het opvangende ziekenhuis.

De zwakste schakel blijft momenteel de patiënt en zijn omgeving met een te laat inroepen van medische hulp na aanvang van de pijn. Vertraging in de diagnose verhoogt immers aanzienlijk het risico op cardiale dood. De gemiddelde tijd tussen het begin van de pijn en het contacteren van de hulpdiensten bedraagt nog altijd twee uur. Een correcte voorlichting van de bevolking omtrent de meest frequente symptomen (verlengde pijn op de borst (>20 min), soms uitstralend naar de kaken, schouder, één of beide armen, de maag en/of de rug; zweten, benauwdheid, misselijkheid of braken) blijft dan ook essentieel.

Na verwittigen van de hulpdiensten ("112"-centrum) kan men in ons land immers zeer snel rekenen op een gemedicaliseerd transport met een conventionele ziekenwagen en MUG. De patiënt beschikt aldus snel over ECG-monitoring met aanwezigheid van een (manuele of automatische externe) defibrillator en mogelijkheid tot levensreddende vroegtijdige defibrillatie en reanimatie door de eerst aanwezige ambulancier of hulpverlener. Eens de patiënt zich in een veilige omgeving bevindt met continue ritmebewaking en de mogelijkheid tot opvangen van levensbedreigende ritmestoornissen poogt men de myocardischemie en necrose te beperken door een snelle reperfusie-therapie.

Teneinde het historische tijdsverlies tussen het eerste medische contact en het instellen van deze therapie te vermijden (aanrijtijd naar het ziekenhuis met inschrijving en installatie patiënt op de Spoedgevallendienst en uiteindelijk ECG-afname) speelde Sint-Niklaas een voortrekkersrol door reeds in 2005 een pre-hospitaal triagesysteem op te zetten. Sindsdien wordt door het MUG-team ter plaatse zo snel mogelijk een 12-afleidingen ECG afgenomen met onmiddellijke transmissie naar de GSM van de dienstdoende cardioloog, waarna deze terug telefonisch contact opneemt met de urgentiearts ter plaatse. Hierdoor krijgen we immers niet alleen een correcte en snelle diagnostiek van het infarct, met exclusie van andere thoracale pijnsyndromen, maar wordt ook de eigenlijke reperfusiebehandeling (IV thrombolyse) verschoven van innaar pre-hospitaal. Deze aanpak levert gemiddeld 45 minuten



tijds winst op! Bij contra-indicaties voor thrombolysie (bloedingsrisico) of bij situaties van cardiogene shock en/of reanimatie wordt de patiënt rechtstreeks doorgevoerd naar het dichtstbijzijnde PCI-centrum.

Als reperfusie therapie moeten we inderdaad een keuze maken tussen een primair mechanische en een primair farmacologische benadering. De mechanische **percutane coronaire interventie strategie (PCI)** bestaat uit een urgent uitgevoerde coronarografie met desobstructie, ballondilatatie en stenting van de geoccludeerde kransslagader. De farmacologische behandeling bestaat uit het intraveneus toedienen van een thrombolyticum.

De voorbije jaren verschoof op basis van nieuwe wetenschappelijke studies de voorkeur meer en meer naar onmiddellijke primaire PCI in plaats van thrombolysie voor de gehele patiëntengroep. Thrombolysie blijft wel nog een goede optie wanneer de patiënt zich snel aanbiedt (binnen 2 - 3 uur na aanvang van de pijn) en indien de transfertijd naar een PCI-centrum langer dan 90 minuten zou duren. Bij niet-succesvolle thrombolysie dringt zich dan wel alsnog een rescue-PCI op. Een verklaring voor de betere resultaten met angioplastiek vinden

we in het hogere bloedingsrisico van steeds agressievere thrombolysieschema's enerzijds en het feit dat bij een deel van de infarcten de thrombose niet de belangrijkste component vormt van de obstructie anderzijds. Dissectie van de geruptureerde plaque met intramurale bloeding in deze plaque, evenals distale embolisatie van plaquemateriaal kunnen immers eveneens een acute coronaire occlusie veroorzaken. Tenslotte is de kans op acute reocclusie ook kleiner na PCI dan na thrombolysie.

Als begeleidende behandeling in afwachting van de coronaire interventie dient men de patiënt zuurstof toe en narcotische analgetica (verminderen zuurstofgebruik via wegnemen van de pijn en angst) samen met aspirine PO of IV, Clopidogrel PO en Heparine IV.

Na de reperfusiebehandeling verblijft de patiënt de volgende dagen op de hartbewakingseenheid (CCU) voor het verdere beleid en stabilisatie. De eerste uren en dagen bestaat er immers een verhoogd risico op complicaties als brady- of tachy-aritmieën en hartfalen. In de nabije toekomst zullen de huidige vijf CCU-bedden op campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat ondergebracht worden op de tweede verdieping van het in aanbouw zijnde G-blok voor kritieke diensten (een gecombi-

Dr. Dries Pas
Cardiologie
dries.pas@aznikolaas.be

neerde high care eenheid samen met de stroke unit bestaande uit twee x zes bedden). Het verdere ziekenhuisverblijf op een gewone kamer wordt benut voor revalidatie en medicamenteuze oppuntstelling met onder andere controle van de klassieke cardiovasculaire risicofactoren (hypertensie, diabetes, dyslipidemie en nicotine-stop). Het is duidelijk dat hierbij naast de medisch-verpleegkundige discipline ook kinesisten en diëtisten onontbeerlijk zijn.

Is er nog verbetering mogelijk in de acute opvang van het hartinfarct in de toekomst?

Aanrijtijden voor ambulances en MUG zijn reeds kort en moeilijk te verbeteren en het pre-hospitaal triagesysteem met ECG-transmissie en onmiddellijke transfer voor PCI verlopen reeds optimaal in AZ Nikolaas.

Bijkomende optimalisatie zal voor een deel nog het gevolg zijn van betere en veiligere plaatjesinhibitoren en anticoagulantia en performanter PCI-materiaal. Een ander aandachtspunt betreft tenslotte die andere groep van non-ST-segment elevatie infarcten waarvoor actueel nog een meer conservatieve aanpak gehuldigd wordt in de acute fase, voornamelijk gestoeld op medicamenteuze anti-thrombotische en anti-ischemische maatregelen. Zij vertonen echter eenzelfde ruim 12% mortaliteit op zes maanden als het klassieke STEMI. Bij verdere wetenschappelijke ondersteuning hiervoor in de toekomst kan mogelijk de huidige acute interventionele aanpak van het klassieke STEMI uitgebreid worden naar een hoog-risico groep van deze overige NSTEMI.

De grootste winst is echter te verwachten van een grotere alertheid bij de bevolking voor deze pathologie met sneller activeren van het 112-systeem. Reeds cardiaal gekende patiënten worden uiteraard door ons hierover geïnformeerd, maar voor de brede bevolking blijft hier ruimte voor overheidsinitiatief met voorlichtingscampagnes.

Pensioen Dr. Roland Walckiers - Gynaecologie

Roland Walckiers, geboren op een mooie lentedag in het oorlogsjaar 1944, groeide op in onze hoofdstad. Hij volgde humaniora aan het bekende instituut St. Boniface te Brussel. In het bewogen jaar 1968 behaalde hij het diploma dokter in genees- heel- en verloskunde aan de UCL, toen nog in Leuven. Hij combineerde zijn opleiding gynaecologie - verloskunde met wetenschappelijk werk onder leiding van professor De Duve. In 1972 werd hij erkend als gynaecoloog. De laatste jaren van zijn opleiding was hij reeds werkzaam bij Dr. Fernand Michiels, waarna hij zich definitief vestigde te Sint-Niklaas.

Hij was docent in de verpleegkunde school Sint-Lievens, afdeling Maria Middelaars en hield zich als stagemeester actief bezig met de opleiding van artsen, zowel voor Cremec Antwerpen als voor de eerste- en tweedejaars assistenten gynaecologie.

Roland heeft zich vooral bezig gehouden met de uitbouw van de materniteit Bornem en Stadskliniek qua monitoring en echografie. Als jonge associé leerde ik Roland kennen als een voorloper in deze nieuwe disciplines. Hij was pennenmeester van de echografievereniging van Nederlandstalig België. Hij was ook een drijvende kracht bij de verhuis van de praktijk gynaecologie van de Parklaan naar de Azalealaan.

Bovenal heb ik Roland ervaren als een mentor en een vriend. Veel woorden om elkaar te verstaan hadden we daarvoor niet nodig. Hij is een voortreffelijk arts, deskundig gynaecoloog en een belezen man met een verbluffende taalvaardigheid. Roland is een man met een groot hart, met oog voor de psychologische achtergrond van zijn patiënten, een bezorgde pater familias.

Naast zijn wetenschappelijk werk en zijn beroepsverenigingsleven is hij tevens lid van National trust of United Kingdom Belgian branche, lid van Lyons Club Sint-Niklaas.

Het is evident dat dit alles alleen mogelijk was dankzij de warme steun van zijn echtgenote Martine en zijn kinderen, Stephen en Stephanie. In 2009 zette hij op gepaste wijze een punt achter zijn beroeps carrière en gaf het roer door aan dr. Liesbet Damen. Samen met Martine kan Roland verdiend genieten van zijn kinderen en kleinkinderen. Bij mooi weer maakt hij vorderingen in de golfsport en bekwaamt hij zich in de verzorging van zijn mooie tuin.

Dr. Rudolf Weckhuysen

Kinder- en Jeugdpsychiatrie

breidt poliklinische activiteiten uit naar campus Temse

De dienst Kinder- en Jeugdpsychiatrie neemt ongeveer 200 kinderen en jongeren op per jaar verdeeld over drie leefgroepen. Een zo kort mogelijke opnameduur beoogt daarbij een zo economisch mogelijk aanwenden van de bedden, het voorkomen van een te lange afwezigheid uit het gezinsmilieu en de school. Daarbij wordt aan een jongere en diens ouders gevraagd na te denken over werkpunten tijdens een opname. Een opname vergt dus een poliklinische voorbereiding. Daarnaast heeft het opstarten van dagelijkse hoogdringende raadplegingen de druk op het beperkt aantal lokalen sterk verhoogd.

De ervaring leerde ons dat de meeste jongeren via onze dienst voor het eerst contact maken met kinder- en jeugdpsychiatrische hulpverlening. Voorafgaande onderzoeken door psychologen of collega's psychiaters maken het aanmeldingstraject beter gedocumenteerd en dus ook korter.

Eén en ander houdt de druk op de polikliniek, met name op de lokalenbezetting vrij hoog. Het is nu soms lastig een lokaal te vinden waar je twee ouders en een jongere rustig kan spreken, laat staan hen steeds in eenzelfde lokaal te ontvangen, wat uiteraard de continuïteit van een aanmeldingproces niet bevordert.

Bestaat deze druk vanuit de instroom, nog meer is dit het geval voor de uitstroom. Hoewel we na een opname jongeren in principe terug toevertrouwen aan de verwijzer, gebeurt het toch vaak dat ze niet onmiddellijk kunnen worden opgevangen binnen dat circuit. Hun plek werd dan immers reeds door andere wachtenden ingenomen. Onze dienst voorziet dan ook verdere begeleiding in afwachting van het heropenen van de zorg door vroegere of andere behandelaars.

Dit poliklinische aspect van onze werking heeft grotere proporties aangenomen dan we eerst hadden ingeschat. Nu maken één ouder- en gezinsbegeleider, zeven psychologen en drie psychiaters gebruik van vijf lokalen. Eén lokaal, het speltherapie-lokaal, staat bovendien ook ter beschikking van opgenomen patiëntjes. De behoefte aan meer werkruimte bestond dan ook al geruime tijd.

Aanvankelijk leek de huizenrij tegenover campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat aantrekkelijke mogelijkheden te bieden. Deze gebouwen dienen echter hun woonbestemming te behouden en kwamen daardoor niet langer in aanmerking. Op de derde verdieping van het ziekenhuis te Temse vonden we voormalige patiëntenkamers die slechts minimale aanpassingen en dus minimale kosten met zich brachten.

Deze tweepersoonskamers bieden licht en lucht, genoeg ruimte om te werken. Ze bieden de mogelijkheid om patiënten en

gezinnen gastvrij te ontvangen. Verder zullen medewerkers het vele administratieve werk nu ook vlotter kunnen afhandelen. De afdeling beschikt reeds over een draadloze toegang tot het ziekenhuisnetwerk. Het voormalig verpleegkundig blok kan plaats bieden aan een secretariaatsmedewerker die wellicht ook gelijktijdig een deel van de onthaalfunctie kan invullen. De bestaande dienstruimte biedt vergadermogelijkheden. We kunnen zo ook externe hulpverleners ontvangen voor overleg. Tenslotte zullen telkens twee voormalige patiëntenkamers tot twee grotere ruimten worden omgebouwd om groeps- en familiegesprekken een plek te bieden.

De actuele situatie was niet langer houdbaar. De dienst Kinder- en jeugdpsychiatrie wil een nieuw elan verlenen aan haar werking. Vanzelfsprekend zal werken op een andere locatie eisen stellen aan beschikbaarheid en mobiliteit van medewerkers. Deze vernieuwde lokalen laten medewerkers van de dienst Kinder- en Jeugdpsychiatrie echter toe patiëntvriendelijker hulpverlening te bieden.

Gezinsgesprekken voeren in een vergaderzaal is immers ondoelmatig en weinig gastvrij. Daarnaast kunnen we ook een meer gediversifieerd hulpaanbod ontwikkelen. Zo biedt een lokaal voor groepstherapie de mogelijkheid om jongeren deze therapievorm aan te bieden. Het houdt sowieso ook in dat meer jongeren psychische hulpverlening kunnen krijgen. Maar ook diagnostisch biedt dit project kansen. Zo kunnen we nu wel denken aan een dienst voor neuropsychologisch onderzoek die ook externe verwijzers binnen een ganse regio kan ondersteunen. CLB's en Centra Geestelijke Gezondheidszorg, individueel werkende psychologen en kinder- en jeugdpsychiaters toonden reeds hun belangstelling. Daarnaast kunnen deze lokalen eventueel ook medewerkers zoals zelfstandig werkende kinder- en jeugdpsychologen ruimte bieden.

Dr. Marc Hermans
Kinder- en Jeugdpsychiatrie
marc.hermans@aznikolaas.be

Zorgtraject diabetes mellitus

Stand van zaken: drie maanden na start samenwerking

Ons huidig gezondheidsstelsel richt zich vooral tot acute zorg. De nood aan chronische zorg is de laatste decennia echter extreem toegenomen. Dit is het gevolg van stijgende incidentie van sommige chronische aandoeningen, de betere prognoses en de toenemende vergrijzing. De Belgische overheid besliste recent om voor bepaalde chronische ziektes een nieuwe vorm van gezondheidszorg te promoten. Deze is gebaseerd op de principes van “shared care”.

Waarom zorgtrajecten?

Begeleiding en opvolging gebeurt op geplande wijze en wordt gecoördineerd door de huisarts. Er is een duidelijk afgelijnd takenpakket voor iedere participant. Sleuteltermen bij “shared care” zijn dan ook: proactieve zorg, interdisciplinaire samenwerking, protocollaire zorg, kostenefficiëntie, kwaliteitscontrole en responsabilisering.

Het zorgtraject vormt het kader waarin de organisatie van de chronische ziektezorg wordt vastgelegd. Een zorgtraject is een overeenkomst die patiënt, huisarts en specialist met elkaar verbindt. Op dit moment lopen er in AZ Nikolaas twee zorgtrajecten: chronisch nierfalen en diabetes mellitus type 2. In de nabije toekomst zullen vele andere zorgtrajecten starten (chronisch hartfalen, COPD, kwetsbare ouderen, osteoporose, psychiatrische aandoeningen,...).

Zorgtraject diabetes mellitus type 2

De doelgroep van het zorgtraject diabetes type 2 (2DM) zijn type 2 diabetici zonder ernstige complicaties waarbij behandeling met een eenvoudig insulineschema of een incretinemimeticum* wordt overwogen. Ook patiënten reeds behandeld met één of twee insuline-injecties of een incretinemimeticum komen in aanmerking voor opname in het zorgtraject type 2 diabetes. Type 1 diabetes mellitus, zwangeren, secundaire diabetes en type 2 patiënten met ernstige complicaties of een complex insulineschema worden verder gevolgd door het team van de diabetesconventie.

De huisarts speelt een centrale rol bij het zorgtraject 2DM. Hij/zij zorgt voor de medische opvolging, bepaling van na te streven targets, instructies aan de diabetesverpleegkundige eerste lijn en aan de diëtiste. Door het zorgtraject 2DM beschikt de huisarts enerzijds over diabetesverpleegkundigen eerste lijn die zorgen voor ambulante diabeteseducatie en anderzijds over materiaal voor glycemie zelfcontrole. De taak van de diabetologen en het diabetescentrum is ondersteunend en dit zowel voor de huisartsen als voor de diabetesverpleegkundigen actief in de eerste lijn.

Zorgtraject 2DM in het Waasland

De huisartsenkoepel Waasland en de diabetologen AZ Nikolaas hebben in de zomermaanden van 2009 uitgebreid vergaderd. Dit leidde tot een gemeenschappelijk opgemaakt plan dat aan alle administratieve, organisatorische en kwaliteitscriteria van dit zorgtraject voldoet.

De principes en het doel van het zorgtraject, de praktische afspraken tussen huisartsenkoepel en centrum diabeteszorg AZ Nikolaas, de noodzakelijke administratieve verplichtingen en praktische aspecten van insulinegebruik werden grondig toegelicht op het gemeenschappelijk georganiseerd symposium *'Zorgtraject type 2 diabetes mellitus, draaiboek voor de huisarts in het Waasland'* op 24/10/2009. 195 collega's van de huisartsenkoepel Waasland en Klein-Brabant namen deel aan dit symposium!

Als werkinstrument en communicatiemiddel tussen huisarts en centrum diabeteszorg AZ Nikolaas werd geopteerd om de reeds bestaande website: www.huisarts-diabetestype2.be uit te breiden. Op deze website vind je de procedure die moet gevolgd worden om een patiënt te includeren in het zorgtraject. Ook vele andere noodzakelijke formulieren (contract, opstartformulier met medische gegevens,...) kan je hier downloaden. Men treft er ook de contactgegevens aan van de diabetes-educatoren eerste lijn, data bijscholing, praktische informatie over glucometers en hun afleesprogramma, FAQ, externe links... De meeste huisartsen ervaren deze website als een zeer nuttig en praktisch werkinstrument in het begeleiden van patiënten in het zorgtraject.

Op heden werden in onze regio een 170-tal zorgtrajecten diabetes mellitus type 2 contracten ingediend bij de mutualiteiten. Alhoewel de zorgtrajecten in onze regio pas gestart zijn kunnen nu reeds enkele voorstellen worden gelanceerd om het diabetes 2DM zorgtraject te optimaliseren (zie box 1).

Box 1

- betere aflijning van medische verantwoordelijkheid;
- vlottere toegang tot insulineanalogen;
- rijgeschiktheidattesten voor zorgtraject patiënten moeten kunnen worden afgeleverd door huisarts;
- betere financiële ondersteuning huisarts;
- administratieve vereenvoudiging startprocedure.

us type 2:

ingsproject huisartsen Waasland

Besluit

Zowel voor de huisartsenkoepel Waasland als voor de endocrinologen AZ Nikolaas is het zorgtraject type 2 diabetes het bewijs dat een professioneel overleg tussen huisartsen en specialisten, met wederzijds respect en vertrouwen, mogelijk is. Bovendien kan dit leiden naar projecten die alle partijen duidelijk positief stimuleren en motiveren. De wijze van recente samenwerking is misschien een manier om de verdere samenwerking tussen huisartsenkoepel Waasland en AZ Nikolaas verder uit te werken en te verdiepen. Vanuit de huisartsenkoepel Waasland wordt gerekend op een even collegiale en vriendschappelijke samenwerking voor de volgende zorgtrajecten!

*incretinemimeticum: geneesmiddelen die de insulineaanmaak stimuleren en een gunstig effect op het gewicht hebben.

Dr. Peter Coremans
Endocrinologie
peter.coremans@aznikolaas.be

Dr. Bert Selleslags
Huisarts

Met dank aan:
Iris Winckelmans

Pensioen Dr. Paul Haentjens en Dr. Ludo Thys - Kinderartsen

Eind 2009 mocht de kinderafdeling klinken ter gelegenheid van het pensioen van Dr Paul Haentjens en Dr Ludo Thys, beiden plichtsbewuste en aangename collega's. Hun beroeps carrière omvat veel gelijkenissen en eveneens kenmerkende verschillen:

Beiden genoten hun opleiding pediatrie aan de universiteit van Gent

Beiden startten hun loopbaan in de toenmalige 'stadskliniek'.

Beiden mochten de verschillende verhuizen van onze kinderafdeling en het hele proces van de fusie meemaken.

Beiden hadden een professionele en positieve invloed op iedereen om deze veranderingen tot een goed eindresultaat te brengen.

Beiden mogen fier zijn op hun aangename werkrelatie met het personeel, een relatie van wederzijds respect!

Collega Paul Haentjens behield steeds een privé solopraktijk. Kinderarts zijn houdt niet op bij een bepaalde leeftijd, dat 'ben' je gewoon.

Ludo Thys combineerde de kinderartsenpraktijk met zijn werk in een revalidatiecentrum te Bornem. De privépraktijk ging initieel, acht jaar geleden, van start dankzij de samenwerking met dochter Joke en ontwikkelde zich tot de huidige associatie van vijf pediaters.

We weten dat beiden niet zo zeer zullen genieten van de 'rust', maar van 'een goed gevulde vrije tijd' en wensen hen hierbij uiteraard het allerbeste!

Dr. Annick Covents
Kinderarts

Infusie sprak met...

Dr. Jan Stroobants

Urgentiearts AZ Middelheim & voorzitter vereniging van urgentieartsen

Waarom hebt u voor de job van spoedarts gekozen?

Urgentiegeneeskunde interesseert mij al zeer lang. Na mijn studies geneeskunde bestond deze opleiding evenwel niet als dusdanig en heb ik eerst heekunde gespecialiseerd. De Spoedgevallendienst werd toen namelijk bemand door assistenten heekunde en interne geneeskunde. Via deze weg hoopte ik een carrière op de Spoedgevallendienst uit te bouwen. Heekunde was voor mij op dat moment de beste opportuniteit. In de loop van mijn opleiding, omdat ik mij ook over de organisatorische problemen boog, wat vaak een issue is op de spoedgevallen, werd mij vanuit de ziekenhuisdirectie en diensthoofden gevraagd of het mij niet interesseerde om deze dienst in het AZ Middelheim te runnen. Tegelijkertijd werd de opleiding urgentiegeneeskunde ingevoerd. Na mijn opleiding heekunde heb ik in Brugge deze bijkomende kwalificatie gehaald. Eigenlijk is mijn loopbaan dus volledig parallel verlopen met de mogelijkheden die toen voorhanden waren. Daarna ben ik terug naar het AZ Middelheim gekomen waar ik bijna direct als diensthoofd ben aangesteld omdat er niet echt een vast diensthoofd was. De verschillende disciplines vonden dat toen de beste optie. Spoedgevallen is eigenlijk multidisciplinaire pathologie. Ik was initieel chirurg van opleiding en het anesthesiologische en intensieve aspect heb ik meegekregen in Brugge waar de supervisie gebeurde door anesthesisten. Voor wat betreft het internistische aspect heb ik snel na mijn aanstelling een internist op de spoedgevallen aangenomen.

Met hoeveel artsen zijn jullie nu actief op de Spoedgevallendienst?

Actueel hebben wij zes vaste artsen in dienst; drie specialisten in urgentiegeneeskunde en drie specialisten in de acute geneeskunde. Daarnaast zijn er ook nog een aantal assistenten in opleiding voor spoedgevallen. Tenslotte zijn er nog de oudere jaarsassistenten van de basisdisciplines. Wij hebben ook nog een bijkomende adviesfunctie, onze verbindingsofficier met het ziekenhuis, een interniste die alle problemen op de afdelingen gaat oplossen en feedback geeft over wat er in het ziekenhuis gebeurt.

Hoeveel artsen zijn er dan tegelijkertijd actief?

Dat is afhankelijk van het tijdstip. Er is een circadiaan aanbiedingsprofiel. Het heeft dan ook geen zin om op de momenten dat er weinig aanbod is veel mensen in te zetten. Wij verschuiven in functie van het aanbod. Wij werken in shiften: vroege, late en nachten. Tijdens de middag wordt er meer volk ingezet dan bijvoorbeeld om middernacht. Je moet natuurlijk ook rekening houden met de wettelijke minima. 's Nachts draait

het ziekenhuis op een minimumbezetting, dit wil zeggen: twee artsen op spoedgevallen, één op pediatrie, twee op intensieve zorgen en nog een assistent.

Overdag zijn we op de Spoedgevallendienst met veel meer. In het kader van zijn opleiding wordt de assistent niet als extra kracht voorzien. Ze moeten voldoende tijd hebben om de job te leren. Ze zijn dus geen vervanging voor een specialist. Wij proberen om naast elke specialist een assistent te plaatsen. Ze doen ook een aantal nachten mee. Er is een wachtlijst specialisten urgentiegeneeskunde voor de supervisie waar ze een beroep kunnen op doen. Voor onmiddellijke bijstand, bijvoorbeeld een moeilijke intubatie is er tijdens de week ook nog een anesthesist en een intensivist aanwezig.

U bent ook voorzitter van de Belgische vereniging voor spoedartsen, BeCEP. Wat houdt die functie juist in? Wat wordt er van u verwacht?

Hetgeen men van alle voorzitters van een beroepsvereniging verwacht, namelijk de beroepsbelangen te verdedigen. Het is ook belangrijk om aan de overheid advies te geven over ingrepen die vanuit overheidswege zouden moeten gebeuren om het werk op de Spoedgevallendiensten doenbaar te maken. Er is continu het probleem tussen enerzijds het streven naar kwaliteit en anderzijds de haalbaarheid van het systeem dat niet alleen moet functioneren in één ziekenhuis maar in alle ziekenhuizen in heel België. Wij zijn een vrij jonge en kleine discipline, maar wel een zeer belangrijke. Waar men vroeger dacht dat alle artsen klaar zouden staan om spoedgevallen op te vangen, blijkt dit in de realiteit helemaal niet het geval te zijn. Enerzijds verwacht men een hoger professionalisme, anderzijds zien we een mindere motivatie van andere specialisten om te komen bijspringen. Men moet er voor zorgen dat de mensen die het willen doen ook voldoende gehonoreerd worden en in sociaal aanvaardbare omstandigheden kunnen werken. Wij zijn geen slaven.

Hoe zit het nu met de opleiding?

Urgentiegeneeskunde is opgenomen in de lijst van geneeskundige specialisaties, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. De houder ervan is geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde. Initieel is men gestart met de bijzondere beroepstitel urgentie-geneeskunde. Specialisten uit dertien basisdisciplines konden een bijkomende opleiding volgen en deze titel verwerven, maar dat betekende niet dat ze voltijds op de dienst Spoedgevallen gingen werken. Velen verdeelden hun tijd tussen het Operatiekwartier, hun consultatie en de Spoedgevallendienst. Dat werd dan aangevuld met een basisopleiding, het

brevet acute geneeskunde, een beperkte cursus theorie en praktijk waarbij we zagen dat het ook door huisartsen werd gevolgd die dan gingen inslapen in het ziekenhuis. Het gevolg was een groot kwaliteitsverschil. Sommige ziekenhuizen huurden die mensen louter in om aan de norm te voldoen.

Het is duidelijk dat wanneer er meer en meer van de spoedartsen wordt verwacht, ook vanuit de basisdisciplines zelf, er een bepaald kwaliteitsniveau moet gehaald worden en voldoende opleiding noodzakelijk is. Dat is wat men nu beoogt. Er zijn nu twee types opleiding:

- Urgentiegeneeskunde is een zesjarige opleiding waarvan de helft rotatiestages zijn in de klassieke basisdisciplines (intensieve zorgen - anesthesie - chirurgie - pediatrie - interne) steeds afgewisseld met een stage op de spoed (= mixed model).
- Er is ook een driejarige opleiding tot specialist in de acute geneeskunde met ook de helft van de stages in deze basisdisciplines.

De bedoeling van deze twee soorten opleiding is om de behoeften sneller in te vullen en om het ook attractiever te maken. Niet iedereen heeft na zeven jaar geneeskundestudie nog zin om bijkomend zes jaar te specialiseren. Wij hebben ook rekening gehouden met de vrouwelijking van het beroep. In de andere specialismen zien we dat er vrouwen worden opgeleid die op het moment dat ze erkend zijn blijkbaar al direct denken aan partiële activiteit.

Er is een tekort aan spoedgevallenaartsen, vacatures raken niet ingevuld en de werkdruk op de Spoedgevallendienst neemt toe. Verwacht u hier een verbetering? Wanneer zullen er voldoende personen opgeleid zijn?

Ik verwacht geen verbetering. Wij zullen altijd de dertien basisdisciplines nodig hebben om de gaten op te vullen. Ze zorgen nu al voor een groot deel van de permanenties. Er wordt aan gewerkt om meer specialisten in opleiding te krijgen, maar wij zijn het slachtoffer van de contingentering. Wij hadden initieel gevraagd om de spoedgevallendiscipline buiten de contingentering te houden maar men is daar niet op ingegaan, weliswaar met vastlegging van een minimum aantal personen die jaarlijks moeten opgeleid worden. Dit jaar is dit aantal verdubbeld maar zelfs dat is te weinig. De minima worden door de decanen die het quorum vastleggen dikwijls

geïnterpreteerd als maxima omdat ook de andere disciplines nood hebben aan voldoende assistenten. Er is een compleet verkeerde inschatting gemaakt van de behoefte. Eén opgeleid persoon komt ook niet overeen met een fulltime equivalent op de werkvloer. Voor urgentiegeneeskunde waren er dit jaar, en ook vorig jaar, veel meer kandidaten dan dat er beschikbare plaatsen waren, maar door de contingenteringsval kunnen ze niet opgeleid worden.

Vorig jaar hebben wij een berekening gemaakt, rekening houdend met 152 Spoedgevallendiensten en 80 MUG's. Om de klok rond te functioneren, 24 uur op 24 uur geeft dat een aantal van 1800 fulltime equivalenten.

Op dit moment zijn er nog vele collega's met de bijzondere beroepstitel actief die niet fulltime op de spoed werken en worden minstens de helft van de permanenties ingevuld door andere specialisten of GSO's. Aan het huidige tempo dat we mogen opleiden mag de uitstroom van de basisdisciplines



Dr. Jan Stroobants - Urgentiearts AZ Middelheim

maximum 2,5% per 5 jaar bedragen. Op deze manier zullen we er niet komen. Er zal dus naar alternatieven moeten gezocht worden.

Hebt u hierover bepaalde aanbevelingen?

Wat men in de eerste plaats zou moeten doen is de urgentie-geneeskunde uit de contingentering halen want er is voldoende interesse. Wij zien nu dat heel goede kandidaten niet aan bod komen en naar de huisartsgeneeskunde geduwd worden. Deze mensen zoeken hun heil in het buitenland waar ze met open armen ontvangen worden. Ik ken verschillende mensen die naar Nederland zijn gegaan om daar opgeleid te worden.

Is het dan niet vooral een probleem van de numerus clausus in de geneeskunde met de invoering van het ingangsexamen om aldus het aantal artsen af te remmen?

Men heeft geen of onvoldoende rekening gehouden met het activiteitsniveau, met de tijdsbesteding door de artsen. De arts die 168 uur per week ter beschikking staat van zijn patiënten bestaat niet meer. Wij zien dat de specialisten trachten de wachtdienst te optimaliseren, er worden afspraken gemaakt tussen specialisten van verschillende ziekenhuizen om de wachtdienst te concentreren. Invullen van de wachtdienst door huisartsen is ook een immens probleem.

Sommige artsen boven de 55 jaar wensen geen wacht meer te doen zodat de druk op de jongeren toeneemt. In de toekomst gaat dit nog erger worden door de uitstroom en omdat er onvoldoende jonge artsen bijkomen.

Een tweede factor is de opsplitsing in subdisciplines met eigen wachtdienst waardoor er meer volk nodig is om rond te komen. Een goede planner moet dit kunnen inschatten en dat is volgens mij niet gebeurd.

Het drama van de urgentiegeneeskunde is, dat het een discipline is die 24 uur op 24 uur, zeven dagen op zeven moet bemand zijn, ongeacht of er veel of weinig werk is. Andere disciplines kunnen in een planbare setting werken en hun activiteit organiseren en concentreren. Daarom pleit ik ervoor om de contingentering voor de urgentiegeneeskunde af te schaffen. Men moet in de eerste plaats rekening houden met de voorkeur van de artsen. Dat zou al veel helpen om het tekort op te vangen.

Een tweede mogelijkheid is het concentreren van de spoed-activiteit. Men kan zich de vraag stellen of elk acuut ziekenhuis moet beschikken over een eigen Spoedgevallendienst?

Het antwoord is in eerste instantie ja, maar in tweede instantie zou men kunnen gaan kijken of hierover bijvoorbeeld in grote steden geen afspraken kunnen gemaakt worden. Ik kan mij perfect voorstellen dat een onafhankelijke spoedgevallen-organisatie werkt voor verschillende ziekenhuizen. Buiten het ziekenhuis en geëxploiteerd door een samenwerkingsverband van meerdere ziekenhuizen kan dit interessant zijn. Eén van de redenen is het reeds vernoemde circadiaan aanbiedingsprofiel. Het heeft geen zin om 's nacht als er weinig aanbod is op zoveel verschillende plaatsen een Spoedgevallendienst open te houden. Het zou ook de kwaliteit ten goede komen. Door het tekort aan gekwalificeerde spoedartsen en de versnippering kunnen

we dit actueel niet voldoende bieden maar wel in een dergelijk model waarin verschillende ziekenhuizen participeren.

Heeft het afschaffen van een Spoedgevallendienst geen nefaste invloed? We zien bijvoorbeeld dat in kleine ziekenhuizen of campussen waar men noodgedwongen de dienst Spoedgevallen heeft moeten sluiten er ook een daling is van de activiteit.

In een dergelijk model met een gecentraliseerde Spoedgevallendienst waar er verschillende typen ziekenhuizen bij zijn aangesloten hoeft dit niet het geval te zijn.

Na initiële triage en inschatting van de pathologie en opstart van de behandeling kan men de patiënt doorverwijzen naar het ziekenhuis of de campus die het best aan de behoeften beantwoordt. Een geriatrische patiënt die opvolging nodig heeft hoeft niet opgenomen te worden in het acute hightech ziekenhuis. Ik denk dat het net een win win situatie kan zijn.

De Urgentiedienst wordt nu dikwijls overspoeld door patiënten. Hoe komt dat? Speelt de crisis hier een rol?

Wereldwijd zien we een continue stijging van het aanbod. We kunnen dat niet tegenhouden. Aan het debat over 'inappropriate use' wens ik niet meer deel te nemen want dat is een vals debat. We stellen vast dat er meer en meer patiënten met een zware pathologie toekomen. De vergrijzing speelt ook een rol. Er zijn al tientallen studies geweest over de complexe vraag waarom iemand zich aanbiedt op de Spoedgevallendienst en dat kan verschillende redenen hebben. Uit onderzoek blijkt dat mensen uit achtergestelde buurten vaker naar de Spoedgevallendienst dan naar de huisarts, maar om hieruit te besluiten dat ze misbruik maken van de Spoedgevallendienst is een foute conclusie. We zien dat in dergelijke buurten de zwaarte van de pathologie merkbaar hoger is. Ik geloof niet in systematisch misbruik. Het bestaat wel maar is eerder zeldzaam. De angst dat er iets mis is, speelt een grote rol maar dit geldt evenzeer voor de patiënt die zonder verwijsbriefje rechtstreeks naar de specialist gaat. Het niet ter beschikking zijn van een alternatief speelt ook mee.

Men heeft ook geprobeerd om via het invoeren van een remgeld het oneigenlijk gebruik af te remmen. Heeft dit enig effect gehad?

Totaal niet. Als men misbruik definieert als iemand die bewust van de spoedfaciliteiten gebruik maakt om het klassieke circuit te omzeilen, dan hebben wij gezien dat deze populatie zowel vóór als na het invoeren van deze maatregelen even frequent naar de dienst Spoedgevallen kwam. De bewering 'het was onnodig' is altijd een posthoc vaststelling zoals dat ook bij een specialistische consultatie het geval is. Als men het resultaat kent is het achteraf gemakkelijk om te zeggen dat men niet moest komen maar dat geldt evenzeer voor een vijftigjarige die op consult komt bij een gastro-enteroloog wegens schrik voor een darmtumor. Als de colonoscopie dan negatief is, was ze a priori ook niet noodzakelijk en dat geldt ook voor iemand die met thoracale pijnklachten bij een cardioloog terecht komt waarbij het EKG normaal is.

Hebben jullie in ZNA hierover bepaalde afspraken met de huisartsenkring?

Alle patiënten moeten op zijn minst getrieerd worden. Wanneer wij oordelen dat er geen dringende verdere investigatie noodzakelijk is wordt de patiënt teruggestuurd. Ze worden wel gerustgesteld en doorverwezen naar de eigen huisarts of de wachtpost.

Wie doet de triage?

Elke patiënt moet door de spoedarts gezien worden. Het is medicolegaal niet te verantwoorden om het anders te doen.

De toevloed van patiënten leidt tot langere wachttijden en ontevredenheid. Hoe los je dat op?

Er is een groot misverstand over de overcrowding. De overcrowding neemt toe maar de reden is niet de inflow maar de outflow. Hoe snel krijg je een patiënt in het beddenhuis? Daar draait het om, dat is in feite ons grootste probleem. De ziekenhuisbedden zijn gevuld met andere patiënten. Er zijn geplande opnames en er is een moeilijk ontslagbeleid en dat wordt in de hand gewerkt door de vergrijzing van de bevolking. De overheid heeft ook maatregelen getroffen om het beddenbestand zo laag mogelijk te houden. Elk ziekenhuis tracht het gebruik van bedden zo performant mogelijk in te vullen. Men zal dus zeker geen bedden laten leegstaan specifiek voor de spoedgevallen niettegenstaande we weten dat er een continu aanbod is. In principe wordt hier geen rekening mee gehouden.

Hoe kan de doorstroming verbeterd worden?

Elk ziekenhuis moet zelf kijken hoe de flow kan geoptimaliseerd worden, maar het ontslagbeleid is zeker belangrijk. Er is geen enkele reden waarom de patiënt tot 14.00 uur in het ziekenhuis moet blijven. Opnameplanning is ook van belang. Een bed dat voorzien is om 16.00 uur wordt niet meer vanaf 08.00 uur vrijgehouden. Vroeger gebeurde dat wel.

Mensen die ontslagen kunnen worden maar nog niet onmiddellijk kunnen vertrekken, kunnen bijvoorbeeld in een ontsag-lounge worden ondergebracht waar ze gecentraliseerd worden. De overheid zou ook meer moeten inspelen op het harmonica-effect van pathologie. In bepaalde periodes is het overal vechten voor een bed en moet er doorverwezen worden naar vrije bedden in de omgeving. Dat is een klassiek fenomeen dat elk jaar terugkomt en dat heel veel problemen veroorzaakt op de Spoedgevallendienst.

Er zijn plannen om de dispatching van de 100 te hervormen waarbij er reeds een soort van triage zou gebeuren en een niet-medicus zou moeten beslissen over doorverwijzing naar huisarts of spoedgevallen.

Dat zal nooit gebeuren. Er moet supervisie zijn door een arts en dat zie ik op die manier niet gebeuren. Het is alleen mogelijk als men die functie naar de Spoedgevallendienst transfereert en daar zitten we niet op te wachten. Het tekort aan spoed-gevallenartsen laat dit ook niet toe. In feite is de 100-centrale niet meer dan een vervoersysteem en stemt dat maar overeen met 10% van het patiëntenaanbod. Ik ben er zeker van dat wanneer de 100 zou beslissen om de patiënt niet te komen

halen, dan zal men een alternatief zoeken om toch naar de dienst Spoedgevallen te komen, bijvoorbeeld met een taxi of een privé-ambulance.

Hoe is uw relatie met de orgaanspecialisten in het ziekenhuis? Er zijn soms discussies, bepaalde artsen zijn moeilijk te bewegen om naar de dienst Spoedgevallen te komen of vinden dat er teveel of verkeerde onderzoeken gebeuren.

Over het algemeen is er een goede verstandhouding. Er zijn al wel eens discussies maar dat is inherent wanneer je met verschillende mensen moet samenwerken met elk hun eigen visie. Ik heb het geluk te werken in een ziekenhuis waar de basisdisciplines het nut van een goed functionerende dienst Spoedgevallen inzien en naar best vermogen trachten zo snel mogelijk bij de patiënt te komen zonder dat er interferentie is met de organisatie ervan.

Hebben jullie afspraken gemaakt over de taak van de spoedgevallenarts?

Er zijn een aantal protocols voor een aantal patiëntengroepen. Wij hanteren hier het gezonde principe: 'Groot is degene die zijn mogelijkheden kent en nog groter degene die zijn beperkingen kent'. Wij hebben er zelf geen enkel voordeel bij om verder te springen dan onze stok lang is.

Speelt de wijze van financiering een rol?

In ons ziekenhuis is spoedgevallen een autonome en zelfbedruipende dienst waarbij de spoedartsen gehonoreerd worden per prestatie. Ons aanbod aan patiënten is evenwel zo groot dat we eerder op de rem gaan staan. Je kunt beter iemand niet behandelen dan slecht behandelen en hen overlaten aan een collega. Ik wens evenwel geen vazal te zijn.

In sommige Brusselse ziekenhuizen is er een toenemend probleem van agressie. Hoe ga je daar mee om?

Het is zo dat agressie toeneemt. Men moet wel een onderscheid maken tussen agressie van organische oorsprong, waar wij eigenlijk mee om moeten kunnen gaan, en deze van niet organische oorsprong en dan heb ik het over crimineel gedrag. Er zijn ook momenten waarop agressie kan uitgelokt worden. Ik vraag me zelfs af of het soms niet door de hulpverlener uitgelokt of verergerd wordt. Hoe pak je iemand aan?

Men moet onderscheid maken tussen drie grote types:

- de organische pathologie o.a. intoxicaties, schedeltrauma en je kan daar de psychiatrische pathologie ook bijrekenen;
- het niet kunnen onder controle houden van emoties bv. niet ingeloste verwachtingen. Als je daar als hulpverlener niet mee kan omgaan, escaleert dat. De manier waarop de boodschap, bv. over een lange wachttijd, wordt gebracht, is van groot belang. In de opleiding zou hier meer aandacht aan besteed moeten worden;
- tenslotte is er het criminele gedrag, dat neemt inderdaad toe, maar dat betekent niet dat er op elke spoed een politiemans moet aanwezig zijn.

U zou voorstander zijn van een patiëntencoach. Wat doet die persoon?

Mensen hebben soms behoefte aan morele of psychologische ondersteuning op momenten dat er iets erg gebeurt, bijvoorbeeld plotse dood, ernstig verkeersongeval, wat leidt tot een ontwrichting van hun normaal leven. Omwille van de drukte hebben wij onvoldoende tijd om daar op in te gaan. Het is frustrerend dat je op dat moment niet het totale pakket van hulp kunt aanbieden. Moest er op dat moment iemand zijn die deze mensen mee kan begeleiden en een deel van de taak van de zorgverlener kan overnemen, denk ik dat ze er veel mee gebaat zouden zijn. Dat hoeft geen psycholoog te zijn. Een luisterend oor helpt al veel.

Test Aankoop heeft een tijd geleden personen met een zogenaamd enkeltrauma naar verschillende Spoeddiensten gestuurd om na te gaan wat er gebeurde o.a. nemen van RX-foto's en aanleggen van een gips. Wat vindt u daarvan?

Ik vind dat schandalig. Het is een moeilijk vak. Men beoordeelt geen spoedopnamen maar acteurs. Als wij ervan zouden uitgaan dat elke patiënt die zich aanbiedt in eerste instantie een acteur zou zijn, dan zou de volksgezondheid daar niet mee gebaat zijn. Dat is een absoluut verwerpelijke methodiek.

Hebt u nog ambities, doelstellingen die u wil realiseren?

Ik ben momenteel bezig met een overheidsopdracht, het zogenaamde UREG-project. Actueel wordt alle informatie waar wij over beschikken, bijvoorbeeld het aantal griepgevallen die zich aanbieden op de dienst Spoedgevallen, om de zes maanden via MZG-registratie doorgestuurd maar op het moment zelf kunnen we met die gegevens operationeel weinig aanvangen.

Het zou interessant zijn om onder andere in periodes van beddentekort, en zonder dat dit van de zorgverlener een extra inspanning vraagt, deze informatie via een informaticatoepassing aan de overheid te bezorgen, zodanig dat deze de mogelijkheid heeft om afwijkingen ten opzichte van het normale te detecteren en daar ook kan op inspelen. Ik ben bezig om een dergelijk systeem uit te dokteren.

De bedoeling is om op een wetenschappelijk gefundeerde manier de realiteit in het oog te houden zoals bijvoorbeeld in functie van een griep пандemie. Een ambitie die ik op langere termijn nog hoop te realiseren is de externe Spoedgevallen-dienst geëxploiteerd door verschillende ziekenhuizen. Ik geloof hier sterk in als mogelijke oplossing voor het tekort aan urgentie-artsen en de irrationaliteit die rond dringende hulpverlening bestaat.

Bedankt voor dit gesprek!

Dr. Leo Verguts

10 jaar Palliatieve eenheid

De Palliatieve eenheid van het AZ Nikolaas werd eind 1999 opgestart in campus Beveren. In een bungalow in de tuin van het ziekenhuis kan er in een huiselijke omgeving palliatieve zorg geboden worden aan acht patiënten.

Jaarlijks worden er gemiddeld 88 patiënten opgenomen. 70% is ouder dan zeventig jaar en 91% van de patiënten heeft een oncologische achtergrond.

Palliatieve zorg is teamwork

Naast het diensthoofd palliatieve zorgen (dr. Marc Van Ussel) en het team van verpleegkundigen zijn er nog een heleboel andere mensen betrokken bij de zorg voor de palliatieve patiënt en zijn/haar naasten. Zo is er een sociaal verpleegkundige en een psychologe aan de afdeling verbonden. Zij zijn er uiteraard voor de patiënt, maar staan ook ter beschikking van de familieleden of naaste vrienden van de zieke, wanneer deze nood hebben aan een gesprek.

Naast de schoonmaaksters is er ook een belangrijke rol weggelegd voor de vaste vrijwilligers die verbonden zijn aan de Palliatieve eenheid. Zij zorgen voor de kleine extra's: een wandeling in de tuin, het verzorgen van de bloemen, pannenkoeken bakken voor de patiënten,...

Meer informatie?

Ilse De Jaeck - Hoofdverpleegkundige Palliatieve eenheid

03 760 51 60

Palliatieve zorg:

een vlekkeloos einde?

Zorg, zo schrijft de joodse filosoof Avishai Margalit in "Herinnering, een ethiek voor vandaag" is een veeleisende houding tegenover anderen en vereist onzelfzuchtige aandacht voor de specifieke noden en belangen van anderen. Palliatieve zorg is de zorg die geboden wordt in de terminale levensfase. Zij beoogt een totaalzorg te zijn met aandacht voor de noden op somatisch, psycho-emotioneel, sociaal en spiritueel vlak die zich op het sterfbed rijkelijk aandienen. Het opzet van palliatieve zorg is een bijdrage te leveren tot een kwaliteitsvol levenseinde: de inspanning moet onvoorwaardelijk zijn, de verwachting ingehouden.

Rainer Maria Rilke, de grote Duitse dichter (einde negentiende eeuw, begin twintigste eeuw) schreef:

*"O, Heer, geef elk van ons zijn eigen dood.
Het sterven dat voortkomt uit het leven
Waar in hij liefde kende, wanhoop en betekenis"*

en drukte als in een soort gebed zijn hoop uit:

"geef ons de dood die we verdienen."

John Webster, een Brits toneelschrijver (einde zestiende eeuw, begin zeventiende eeuw) had hierover klaarblijkelijk twijfels:

"De dood heeft tienduizend verschillende deuren waardoor de mens kan heengaan."

en in palliatieve zorg merken we op dat men deze deur meestal niet voor het kiezen heeft.

Waarschijnlijk is niet de dood de ware vijand: in ieder geval is zij onvermijdelijk (de specifieke levensstijd van iedereen individuele diersoort lijkt te duiden op een ingebouwde biologische doods-klok) en meer nog is zij noodzakelijk om het voortbestaan van de soort te waarborgen.

Het wonder van het leven is ons geschonken door triljoenen en triljoenen levende wezens die ons zijn voorgedaan en vervolgens stierven, in zeker zin om plaats te maken voor ons. Wij sterven op onze beurt om anderen te laten leven, wat in onze tot op de spits gedreven "ik-cultuur" niet steeds gemakkelijk wordt begrepen.

In de weegschaal van de natuur wordt de tragedie van het individu de overwinning van het voortgaande leven. Ziekte vormt de grootste tegenstander en dient dan ook met alle macht te worden bestreden, maar deze strijd mag niet uitmonden in een uitzichtloze slag tegen de natuurwet. Op het einde van het leven dient de allergrootste uitdaging niet het oplossen van het (soms onoplosbaar) "medisch raadsel" te zijn, maar het bevorderen van het welzijn van de stervende mens. En dit welzijn wordt door het doodseskader van de vele ziekten ontegensprekelijk bedreigd: pijn en allerlei andere lichamelijke ongemakken, uitputting en uittering, persoonlijkheidsveran-

deringen, onderminning van de mentale vermogens, verlies van zelfstandigheid, ... liggen alle op de loer niettegenstaande de verpleegkundige en medische bijstand zo optimaal mogelijk is georganiseerd.

In vele scenario's van het sterven kan men zich de vraag stellen of er wel zo iets is als "ars moriendi"? Waarschijnlijk is "ars moriendi" toch geen volledig onwezenlijk begrip op voorwaarde dat er voorafgaandelijk sprake was van "ars vivendi". De kunst van het sterven, is de kunst van het leven (en zo krijgt R.M. Rilke toch zijn gelijk).

De zinvolheid van het leven dat ten einde loopt is de ware graadmeter van de kwaliteit van ons sterven. Afscheid nemen wordt wellicht gemakkelijker wanneer we voelen dat we gewaardeerd zijn geworden voor wie we zijn, voor wat we in ons leven gedaan hebben. Bij het afscheid nemen is het dan ook belangrijk dat deze waardering kenbaar wordt gemaakt; de dood moet bijgevolg "uitspreekbaar" zijn, de waarheids-mededeling geen taboe

Het verlaten van het leven gaat met meer gepaard dan enkel pijn en verdriet. Spijt is vaak onze zwaarste last en door vooruit te kijken, kunnen we ons vaak ontdoen van een deel van deze ballast. Godsdienst is geen verzekeringspolis maar eerlijk geloof en hoop op een wederzien maken voor een aantal mensen van het sterven eerder een overgangsfase dan een eindpunt. We kunnen tenslotte ook waardigheid ontlenen aan het altruïstisch aanvaarden van de (biologische) noodzaak van onze eigen dood.

Afsluitend wil ik u volgende palliatief geïnspireerde tekst, die veel meer humaan dan godsdienstig klinkt, van kardinaal **Godfried Danneels** ter overweging voorleggen:

*"Iemand helpen om afscheid te nemen
is geen zaak van theologie
maar van empathie.
Het is geen kwestie van overtuigen en beleren
maar van luisteren en inleven.
Voor je balsem legt
moet je de aard van de wonde kennen.
Massaal argumenten aanvoeren
is vaak een slecht medicijn.
Het is belangrijker te weten
wat je niet moet zeggen
dan wat je wel zal zeggen."*

Dr. Marc Van Ussel - Neuroloog
Verantwoordelijk arts Palliatieve eenheid
AZ Nikolaas

Overkappingsprothese voor

Patiënten met een edentate kaak kunnen problemen hebben bij het dragen van een prothese. Klachten bij een volledige prothese komen echter minder frequent voor in de bovenkaak dan in de onderkaak. De meest voorkomende klacht is gebrek aan retentie en aan stabiliteit, maar ook andere problemen zoals versterkte braakreflex en esthetiek beïnvloeden de tevredenheid.

Het bevestigen van een uitneembare prothetische voorziening aan implantaten is een goede oplossing om de genoemde klachten weg te nemen zonder te hoge financiële kosten. Recent is er door het RIZIV² een terugbetaling van een dergelijke prothese in de onderkaak voorzien vanaf de leeftijd van zeventig jaar. Uiteraard is dit te beperkt om aan de vraag van de patiënten te voldoen. Voornamelijk ook jongere patiënten hebben nood aan een dergelijke prothese gezien een volledig uitneembare prothese een resorptie van de kaaksbeenderen in de hand werkt die op termijn dramatisch kan zijn zodat de patiënt niet meer in staat is om eender welke prothetische voorziening te dragen.

De overkappingsprothese in de edentate onderkaak

In de onderkaak betreffen de problemen voornamelijk een gebrek aan retentie en stabiliteit². Prospectieve gerandomiseerde onderzoeken over langere tijd tonen aan dat patiënten meer tevreden zijn met een implantaatgedragen overkappingsprothese dan met een conventionele prothese in de onderkaak³.

Het is gebleken dat in de meeste gevallen slechts twee implantaten voldoende zijn om op lange termijn de orale functie met voldoende tevredenheid te herstellen⁴. In het algemeen geven drukknop- en staaf-huls structuren dezelfde resultaten in overleving en peri-implantaire klinische en röntgenologische parameters. Een staaf-hulsstructuur behoeft echter minder nazorg⁵.

De overkappingsprothese in de bovenkaak

Ook patiënten met een edentate bovenkaak kunnen problemen hebben met het dragen van een volledige gebitsprothese. De meest voorkomende klachten zijn hier, naast gebrek aan retentie, ook verminderde smaak en braakreflex door de palatumbedekking. Een overkappingsprothese krijgt retentie door bevestiging aan een suprastructuur en kan worden uitgevoerd zonder palatumbedekking.

Uit de literatuur blijkt dat er in de edentate bovenkaak doorgaans vier tot zes implantaten worden geplaatst voor een



Baar-huls structuur bovenkaak



Prothese voor baar-huls structuur



Gefreesde baar bovenkaak



Prothese voor gefreesde baar

de edentate patiënt

overkappingsprothese⁶. Dit door de meer spongieuze botstructuur van de bovenkaak. De benodigde ruimte voor de suprastructuur leidt vooral in het frontgebied tot problemen. Daarom kan worden besloten om de implantaten in de zijdelingse delen te plaatsen. Door de botatrofie in dit gebied en door de toegenomen pneumatisatie van de sinus maxillaris is voor het plaatsen van de implantaten doorgaans een sinus-bodemverhoging noodzakelijk. De suprastructuur kan een individueel gefreesde baar zijn met daarop een knopverankering aangebracht of een staaf-huls constructie. De optie van enkel drukknooppin in de bovenkaak is nog te weinig onderzocht om verantwoord op reguliere basis toe te passen.

Naast de mogelijkheid van solitaire tandvervanging en verschroefde (door de patiënt niet uitneembare) constructies op implantaten hebben de overkappingsprothesen een belangrijke plaats ingenomen in herstel van de gebitsfunctie. Ze zijn niet alleen beter reinigbaar en goedkoper dan de vaste constructies, ze leiden ook tot een zeer grote patiënttevredenheid, zowel esthetisch als functioneel.

1. RIZIV nomenclatuur 01/05/2009.
2. Van Waas MAJ. The influence of clinical variables on patients' satisfaction with complete dentures. J.Prosthet Dent 1990;63:307-310
3. De Baat C. et al. Inventarisatie van het type suprastructuur op implantaten in de edentate onderkaak in Nederland. Ned Tijdschr Tandheelkd 2005; 112:363-367
4. Naert I. et al. Overdentures supported by osseointegrated fixtures for the edentulous mandible: a 2.5 year report. Int J Oral maxillofac Implants 1988;3:191-196
5. Stoker GT et al. An eight-year follow-up to a clinical trial of aftercare with three types of mandibular implant-retained overdentures. J Dent Res 2007 ;86:276-280
6. Merickske-Stern R. A follow-up study of maxillary implants supporting an overdenture. Int J Oral Maxillofac Implants 2002;17:678-686.

Dienst MKA

Dr. Herman Van de Vyver

Dr. Gerry Orye

Dr. Rudy Soubry

Dr. K. Hendrickx

Dr. K. Berquin

Agenda

11 maart **Videoconferentie**

8 april **Videoconferentie**

13 mei **Videoconferentie**

10 juni **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".

Toekomstplannen site L. De

Het zorgstrategisch plan, de oorsprong van de herschikkingen van het ziekenhuis

Het zorgstrategisch plan, uitgeschreven in 2007, is de leidraad voor de concretisering van de fusie in strategische, bouwkundige en organisatorische projecten. Het zorgstrategisch plan werd opgebouwd rond drie belangrijke peilers; de **integratie van bestaande diensten**, het realiseren van een aantal **nieuwe diensten** en het antwoord bieden op **nieuwe wetgeving**. Dit basisinzicht werd geconcretiseerd in een **masterplan** waarin verschillende prioritaire doelstellingen werden geformuleerd én waarbij de campus Sint-Niklaas in twee 'zorgomgevingen' werd verdeeld. Enerzijds alle spoedgerelateerde en/of acute en kritieke zorg op de site Moerlandstraat; anderzijds alle planbare en minder urgente zorg op site L. De Meesterstraat.

Kinder- en Jeugdpsychiatrie

De dienst Kinder- en Jeugdpsychiatrie, ondergebracht in een afzonderlijk paviljoen in de tuin van site L. De Meesterstraat, is reeds operationeel sinds 1 juli 2007. Met de realisatie van deze nieuwe dienst in het Wase zorglandschap werd reeds kort na de fusie een eerste belangrijke doelstelling uit het masterplan gerealiseerd. Deze zorgsetting zal in de toekomst verder uitgebouwd worden. Om op korte termijn een antwoord te bieden op de exponentieel toenemende vraag naar ambulante zorg zullen binnenkort ook consultatiemomenten in de campus Temse worden georganiseerd.

Dagziekenhuizen

Dagchirurgie is het schoolvoorbeeld van planbare – niet urgente zorg. Op 31 juli 2008 werd op site L. De Meesterstraat een nieuw **Chirurgisch dagziekenhuis** met 26 posities in gebruik genomen. Ook chirurgie waarbij hospitalisatie noodzakelijk is, zal in de toekomst verder uitgebouwd worden op deze site. Het jointcareprogramma waarbij patiënten 'opgenomen' worden in een vooraf uitgestippeld zorg- en revalidatietraject is hiervan een voorbeeld.

Aan het **Geriatrisch dagziekenhuis** worden nieuwe impulsen gegeven om deze functie binnen het ziekenhuis verder uit te bouwen.

Operatiekwartier en hospitalisatie chirurgie

In januari 2010 werd een herverdeling van de operatietijd voor de campus Sint-Niklaas uitgewerkt op basis van het al of niet planbare karakter van de zorg. Voor site L. De Meesterstraat ligt de klemtoon op planbare orthopedie, NKO, ophtalmologie, plastische chirurgie en gynaecologie. Om deze subspecialiteiten verder uit te bouwen zullen twee bijkomende operatiezalen worden gebouwd aansluitend aan het huidige operatiekwartier.

Moeder & Kind Pediatrie

Het nieuwe zorgprogramma pediatrie (1 januari 2007) was de hefboom voor een snelle integratie van de kinderafdelingen. Op 18 februari 2008 werden de twee equipes van de kinderafdelingen van de voormalige ziekenhuizen tijdelijk op de kinderafdeling van site Moerlandstraat samengevoegd. Ondertussen kon de Kinderafdeling van site L. De Meesterstraat worden uitgebreid en verbouwd tot één grote afdeling. Het concept ouder en kind werd uitgewerkt voor 42 kamers voor verblijvende patiëntjes en 11 posities op het Kinderdagziekenhuis. Op 27 januari 2009 werd de nieuwe ééngemaakte Kinderafdeling in gebruik genomen. Ondertussen worden er in het kader van het zorgprogramma pediatrie kindvriendelijke maatregelen voor het Operatiekwartier en Recovery uitgewerkt. Ook de centralisatie van de consultaties pediatrie in de nabijheid van de nieuwe Kinderafdeling staat nog op het programma.



De vernieuwde kinderafdeling

Materniteit

Van zodra de acute interne afdelingen zijn geïntegreerd op de site Moerlandstraat zal er op site L. De Meesterstraat ruimte vrij komen om beide Materniteiten samen te voegen tot één Materniteit. In afwachting van de bouw van een nieuw verloskwartier, dienst voor neonatale zorg en aangepaste kamers voor moeder en pasgeborenen op site L. De Meesterstraat zullen vanaf medio 2010 alle bevallingen worden georganiseerd op het bevallingskwartier van site Moerlandstraat. Ook de neonatale dienst en een observatiematerniteit blijven in afwachting van de ééngemaakte materniteit op de site in de Moerlandstraat gelokaliseerd. De site L. De Meesterstraat zal ondertussen als 'verblijfsmaterniteit' fungeren met het accent op de hotelfunctie, postnatale begeleiding en gezondheidsopvoeding en -voorlichting.

Meesterstraat



De cleanroom

Oncologisch centrum

Het uitbouwen van een oncologisch centrum is eveneens een ambitieus project dat dankzij de fusie mogelijk wordt. Een eerste belangrijke stap was de realisatie van de **cleanrooms**; de plaats waar chemotherapie volgens zeer strikte normen wordt bereid. Dit project werd genomineerd voor de Convidien Award als voorbeeld van degelijk ziekenhuismanagement.

Het **Oncologisch Dagziekenhuis** werd in gebruik genomen op 30 juli 2009. Het Dagziekenhuis voorziet een 25-tal posities, een onthaalbalie, een wachtplaats en logistieke omkadering op maat van de oncologische patiënt. De inrichting is huiselijk en rustgevend.

Eind augustus werd het **digitale mammografietoestel** in gebruik genomen. Meteen ook het startschot om het multidisciplinair karakter van de borstkliniek verder uit te bouwen.

Op 29 augustus 2008 kreeg AZ Nikolaas de vergunning om binnen het Iridium kankernetwerk een dienst **Radiotherapie** te exploiteren. Deze zal gebouwd worden in de L. De Meesterstraat, ter hoogte van de huidige hoofdingang. Begin 2010 gingen de voorbereidende werken van start. Ook de consultatieruimten, die op een voorlopige locatie op site L. De Meesterstraat werden ondergebracht, zullen in het project geïntegreerd worden. Bij de herschikking van de interne disciplines zal een specifieke dienst voor oncologische verblijvende patiënten worden opgericht.

Medische beeldvorming & Nucleaire afdeling

Binnen de contouren van het concept 'planbare zorg' voor de site L. De Meesterstraat past eveneens de verdere uitbouw van de dienst Medische Beeldvorming. De opstart van de digitale mammografie is hiervan reeds een eerste voorbeeld.

Het masterplan voor de dienst Medische Beeldvorming voorziet op de site eveneens de renovatie van de dienst Nucleaire geneeskunde, welke geïntegreerd zal worden in de gedigitaliseerde medische beeldvorming, een unicum in het Vlaamse ziekenhuislandschap.

Nieuwe toegang tot het ziekenhuis

De hoofdingang van site L. De Meesterstraat zal verplaatst worden naar de achterzijde van het gebouw, naast cafetaria 'Den Houtbriel'. Deze ingang zal met de wagen bereikbaar zijn vanuit de L. De Meesterstraat. Er wordt een afzetzone voorzien, waar men kort mag parkeren om mensen op te halen of af te zetten. Het langdurig parkeren van de wagen kan op de bezoekersparking. Voor huisartsen en ziekenhuisartsen wordt er ter hoogte van de nieuwe inkomzone een aparte parking aangelegd. Deze parking zal enkel met een gepersonaliseerde badge toegankelijk zijn.

Henk Cuvelier
Fusiecoördinator
henk.cuvelier@aznikolaas.be

PACS ook voor huisartsen

Digitale beschikbaarheid van radiologiebeelden, ook voor huisartsen

Sinds december 2008 werkt de dienst Medische beeldvorming over alle campussen van AZ Nikolaas heen met één gecentraliseerde PACS (picture archiving and communication system). Het PACS is een centrale opslag voor alle radiologiebeelden (digitaal), ook het verslag dat bij een onderzoek hoort kan in het PACS teruggevonden worden.

In april 2009 werden de radiologiebeelden digitaal ter beschikking gesteld van alle klinici in AZ Nikolaas. De centrale beschikbaarheid van deze onderzoeken is niet meer weg te denken uit de hedendaagse ziekenhuiswereld. PACS brengt dan ook vele voordelen met zich mee zoals de transparantie over alle campussen heen, beelden kunnen niet verloren gaan, beelden en verslagen zijn direct opvraagbaar en de patiënt hoeft niet te wachten op een filmafdruk na zijn of haar onderzoek.

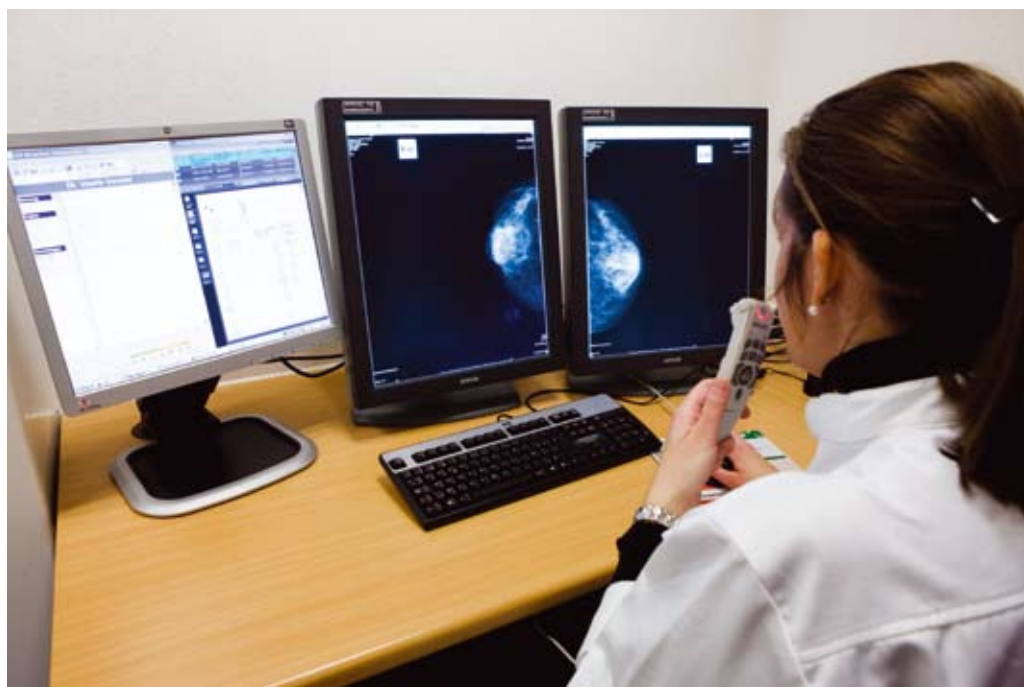
Vanaf januari 2010 worden de radiologiebeelden **ook digitaal ter beschikking** gesteld **van de huisartsen van de koepel Waasland**. Huisartsen zijn voor de afdeling Medische beeldvorming belangrijke verwijzers en worden daarom duidelijk geïnformeerd over de veranderingen die op til staan.

Per huisartsenkring wordt een **infosessie** georganiseerd waarop elke huisarts van die kring uitgenodigd wordt. Een infosessie verloopt als volgt :

1. kadering van het PACS project binnen AZ Nikolaas;
2. overzicht van de gerealiseerde digitalisering op de dienst Medische beeldvorming;
3. korte opleiding en demo van de applicatie.

De nodige documentatie wordt ook telkens op papier voorzien.

AZ Nikolaas stelt een **webbased applicatie van Amaron ter beschikking van de huisartsen** via dewelke radiologiebeelden geraadpleegd kunnen worden. Dit wil zeggen dat de huisarts voldoende heeft aan een computer met internetverbinding op zijn praktijk of bij de patiënt thuis om de beelden digitaal te raadplegen.



De applicatie vereist **geen installatie van software of aanpassingen aan het workstation**. Beelden worden niet lokaal opgeslagen en zorgen dus ook niet voor extra belasting van het geheugen of de harde schijf van het workstation. De applicatie is platformonafhankelijk en kan dus gebruikt worden op zowel PC's met Windows of Linux/Unix besturingssysteem als op Apple computers met MAC besturingssysteem.

Een tweetal weken na de infosessie wordt bij elke huisarts gepolst naar de ervaringen en tevredenheid over de applicatie. Eventueel kan dan ook een huisbezoek vastgelegd worden waarbij extra informatie over de werking van de applicatie verschaft wordt of technische problemen met de applicatie opgelost kunnen worden.

De infosessies voor de huisartsenkring Temse en Beveren zijn reeds achter de rug. De volgende infosessies worden in de loop van maart en april afgewerkt.

Enmaail alle infosessies en huisbezoeken afgerond, zal er naar alle huisartsen een officiële communicatie gebeuren rond de effectieve stopzetting van afdrukken op film.

Isolde De Muynck
Projectcoördinator PACS



Dr. David Loose - Neus-, keel- en oorheelkunde

Sinds 1 januari 2010 maakt **dr. David Loose** (°Brugge, 1976) deel uit van de dienst **neus-, keel- en oorheelkunde** van het AZ Nikolaas.

Dr. Loose is als NKO-specialist afgestudeerd aan de universiteit van Gent. Tijdens zijn opleiding tot NKO-specialist heeft hij zich gedurende drie jaar in de hoofd- en halschirurgie bekwaamd. Hiervoor heeft hij 1 jaar aan de Vrije Universiteit van Amsterdam gestudeerd. Na zijn algemene NKO-opleiding heeft hij zich toegelegd op de **otologie**, met bijzondere interesse voor de **middenoorchirurgie** en **vertigo**. In 2008 werd hij doctor in de medische wetenschappen. Sinds 2007 is hij resident in het UZ Gent, waar hij vanaf 1 januari 2010 als consulent nog deeltijds werkzaam is.

Dr Loose vervoegde vanaf 1 januari het **NKO-team** van dr. M. Busschaert, dr. N. Lagasse en dr. L. Verstraeten.

Veelgestelde vragen over PACS door huisartsen

V: Waarom kiest AZ Nikolaas voor een webbased applicatie?

A: Veel ziekenhuizen maken gebruik van een digitaal medium zoals CD's of DVD's. Het branden van een CD per onderzoek duurt echter lang en biedt geen garantie naar de aanvragende arts. Zo moet elke CD via een manuele handeling gebrand worden en verpakt worden in een hoesje. 1 op 5 CD's is corrupt en DVD's vereisen een DVD-lezer. De webtechnologie biedt hiervoor een ideale oplossing.

V: Kan de patiënt over zijn beelden beschikken?

A: Bij de inschrijving aan de balie van de afdeling Medische Beeldvorming kan de patiënt een unieke code per onderzoek vragen. De patiënt wordt hierover geïnformeerd aan de hand van informatie-affiches in de wachtzaal en kledingshokjes. Met behulp van een korte handleiding en de unieke codes kan de patiënt via internet toegang krijgen tot de beelden van zijn of haar onderzoek. Deze werkwijze laat de patiënt toe om een tweede opinie aan te vragen of een externe arts toegang te geven tot zijn of haar onderzoek.

V: Welke onderzoeken worden ter beschikking gesteld van de huisarts?

A: De aanvragende arts kan enkel zijn eigen aangevraagde onderzoeken raadplegen. Op het verslag dat via Medibridge naar de aanvragende arts wordt gestuurd staat telkens het webadres en een unieke code per onderzoek. Indien de patiënt bij inschrijving op de dienst Medische Beeldvorming aangeeft dat ook de huisarts een kopie van het verslag dient te ontvangen, wordt het verslag en dus ook het webadres en de unieke codes via Medibridge aan de huisarts bezorgd.

V: Wat indien er problemen of vragen zijn met betrekking tot de viewer?

A: Huisartsen kunnen problemen steeds melden via mail: huisarts.it@aznikolaas.be. U wordt dan gecontacteerd door de helpdesk met een oplossing voor uw probleem. Dit vormt ook de input voor een FAQ (frequently asked questions) die beschikbaar wordt gemaakt op de website van AZ Nikolaas.

V: Wat indien ik als huisarts nog geen uitnodiging heb ontvangen voor een infosessie?

A: U kunt steeds contact opnemen met Isolde De Muynck om meer informatie te ontvangen rond het digitaal raadplegen van de radiologiebeelden via Isolde.DeMuynck@aznikolaas.be of 03 760 29 47.

V: Ik ben een gespecialiseerde arts met consultatie buiten het ziekenhuis maar stuur regelmatig patiënten naar het ziekenhuis voor onderzoeken op de dienst Medische Beeldvorming, wordt er voor mij ook toegang tot deze applicatie voorzien?

A: Op basis van een aanvraaglijst van de onderzoeken op de dienst Medische Beeldvorming worden ook alle specialisten buiten AZ Nikolaas gecontacteerd, ook voor externe artsen wordt een opleiding en bezoek voorzien. Externe artsen zullen in de loop van de maanden maart en april gecontacteerd worden.

De farmavertegenwoordiger heeft strategisch postgevat aan de ingang van de wachtzaal. Hij bladert door zijn mappen, maar heeft vanuit zijn ooghoeken de naderende arts in het vizier. Instinctief schat hij het humeur en wikt zijn kansen. De haastige tred verradert postoperatieve verwickelingen. Wordt het blaffen of bijten? De Balmain-pen in het luxe-etui zal als zoenoffer niet volstaan. Dergelijke taferelen weerspiegelen de moeilijke relatie tussen geneesheren en big farma. Want de geneesheer heeft de sleutel tot een lucratieve bonanza van aan te boren markten. En dat is de reden dat wetenschappelijke congressen plaatsgrijpen in Miami en Palma en niet in Verviers of Bratislava. Proefondervindelijk weet de farma-industrie dat, in de juiste omgeving, wetenschappelijke informatie sneller ingang vindt in de dagelijkse behandelingen. Een congres, dat bereikbaar is met een lijnbus is minder overtuigend dan een congres, bereikbaar met airbus.

In de VS is het budget dat de farmabedrijven jaarlijks aan marketing uitgeven gegroeid tot ruim 20 miljard dollar. Het zijn rare vogels, die geen graantje willen meepikken. Het aanbod gaat van leuke hebbingetjes over derdebetalersregeling voor buitenlandse congressen tot heuse aandelenpakketten. Maar ook in het land, dat de vrije markteconomie hoog in het vaandel voert, groeit het besef dat het zo niet verder kan. De meerderheid van erkende (!) bijscholingsactiviteiten wordt nu reeds door de farma-industrie gefinancierd. En uit een onderzoek in 2007 bij meer dan 3000 artsen uit 6 specialiteiten bleek 94 % één of andere vorm van financieel voordeel te betrekken vanuit de farmaceutische sector. Cardiologen spannen hierbij de kroon. Toch kan ik uit persoonlijke contacten getuigen dat zij integer zijn en het belang van de patiënt laten primeren (Brutus, also, was an honourable man).

Waarom investeren de bedrijven dan dergelijke bedragen in promotie (bedragen, die uiteindelijk aan de patiënt worden doorgerekend)? Op het eerste zicht is de samenwerking tussen geneeskunde en farma-industrie in vele opzichten positief. Beiden hebben belang bij de vooruitgang van de medische kennis. En deze vooruitgang komt uiteindelijk de patiënt ten goede. Het intellectuele talent van de onderzoeker vindt een natuurlijke bondgenoot in de handelsgeest van de farmanijverheid om een succesvol product te creëren. Het schoolvoorbeeld hiervan is onze eigen professor Paul Janssen, die het grootste Belgische farmaconcern creëerde in zijn passie voor nieuwe wetenschappelijke ideeën. Ook toen bestond reeds de voldoening om een efficiënt geneesmiddel te commercialiseren, maar in die beginjaren was geen verantwoording verschuldigd aan aandeelhouders, die over je schouder meekeken.

De ontsporing gebeurde rond de jaren tachtig van de vorige eeuw. Twee wetten in de VS hebben dit in de hand gewerkt. De Bayh-Dole Act van 1980 liet toe om patenten te nemen op academisch onderzoek. Voordien was dit, door de Staat gefinancierde, onderzoek publiek eigendom en voor iedereen toegankelijk. Met de nieuwe wet ging de wedloop naar patenten van start. In 1984 was er de Hatch-Waxman Act, die de duur van patenten van 8 naar 14 jaren verlengde en een trukendoos in het leven riep om patenten nadien nog te verlengen. In deze slag om patenten liet de academische wereld zich niet onbetuigd. Ook zij wilden van de nieuwe wetten beter worden. En dus werden partnershipovereenkomsten en exclusiviteitscontracten afgesloten tussen academische centra en leveranciers van medische producten. Ziekenhuismanagers verkondigden de boodschap dat ziekenhuizen zich dienden te spiegelen aan de bedrijfscultuur. Maar er is een wereld van verschil tussen de drijfveren van de industrie en deze van de integere onderzoeker. De academische wereld voert de intellectuele vrijheid hoog in het vaandel, wat toelaat om nieuwe ideeën – ook negatieve onderzoeksresultaten – openlijk te bediscussiëren en publiek te maken. En ziekenhuizen hebben ook een sociale opdracht, die niet altijd strookt met de managementcultuur. In een recent interview in de European Heart Journal kloeg de Leuvense prof cardiologie erover dat hij voor het merendeel van zijn onderzoeksprojecten financieel afhankelijk is van de industrie, omdat de overheid te weinig inspanningen doet. Kwatongen beweren dat hij dit interview gaf aan de rand van zijn zwembad, dat de contouren heeft van een recent pacemakermodel. Maar ook ik was getuige van onderhandelingen in driesterrenrestaurants, waar op het einde van de avond, niet genoeg op tafel lag – en dan heb ik het niet over de voedselporties – zodat de onderhandelingen afsprongen en de dag nadien een andere firma aan zet was. Allicht ben ik slecht geplaatst om morele klaarheid te scheppen?

In de discussie, over wat maatschappelijk correct is, hebben zich intussen tal van organisaties gemengd. Het regent intentieverklaringen. Er zijn aanbevelingen van de Orde, van diverse beroepsverenigingen en ook de industrie heeft in 2005 een deontologische code gepubliceerd (met liefst 74 artikelen). In de VS vaardigde de American Medical Association reeds in 1990 een (vrijwillige) ethische code uit. Al deze intenties ogen mooi, maar doen denken aan Sicilianen, die zweren op het graf van hun overleden moeder. Wat nodig is, zijn wetgevende initiatieven. De staat Massachusetts bijt de spits af met een wet die sommige giften verbiedt (vanaf juli 2009) en voor andere het openbaar maken op het internet voorziet. Intussen blijven velen de wisselwerking tussen farma en geneeskunde als positief verdedigen. Geneeskunde heeft altijd gebalanceerd op het delicate evenwicht tussen charisma en ondernemingsdrang. In een kapitalistische omgeving is financieel succes niet per se verdacht en vele artsen lopen als zelfstandigen financiële risico's in een concurrentiele omgeving. Een harde kern gelooft dat de bindingen tussen artsen en industrie geen afbreuk doen aan een neutrale houding tegenover de patiënt. Zij stellen dat de band met de industrie de vooruitgang van de geneeskunde ten goede komt. 'Men moet niet heiliger zijn dan de paus' klinkt het (en ook de boekhouding van het Vaticaan is niet helemaal kosjer). Maar al deze businessarrangements tussen artsen, ziekenhuizen en industrie hebben het prestige en de geloofwaardigheid van het beroep schade toegebracht. In het uittekenen van de volksgezondheid zijn de artsen gedegradeerd tot een 'belangengroep' en zijn niet meer de 'denktank' van weleer. Deze evolutie is niet los te denken van de huidige tijdsgeest. Het zal overredingskracht vergen – en een aantal niet mis te verstane wetteksten – om de integriteit van het beroep te herstellen.