

miah

medische informatie aan de huisartsen

Februari 2022

- » Nieuwe arbeidsverloskamers
- » Dossier: kunstnier is meer dan dialyse
- » Wereldprimeur voor orthopedie



AZ Voorkepen

algemeen ziekenhuis
emmaüs



dr. Pieter Jan Simons
hoofdarts - medisch directeur
pieterjan.simons@emmaus.be

Slim fit

Voor jou ligt een dik nummer gevuld met medisch nieuws uit AZ Voorkepen. Een ziekenhuis waar meer dan duizend medewerkers, 125 artsen en een 70-tal vrijwilligers zich dagelijks inspannen om verdere professionalisering en zorgvernieuwing te bewerkstelligen. Dat dit gevolgd wordt door een toename aan verwijzingen is een fijne bijkomstigheid die ons wel voor uitdagingen plaatst.

Slim fit. Met deze twee woorden kunnen we vele kanten uit. 'Slim' past bij vernieuwing, slimme toepassingen waarvan we meer en meer gebruik maken. Een orthopedisch verhaal achteraan dit nummer illustreert dit, net zoals de verdere digitalisering. Voor heel wat raadplegingen kan de patiënt ook online een afspraak maken. 'Fit' past bij conditie en revalidatie. Lees even mee wat we doen op gebied van cardiale en longrevalidatie. 'To fit' is passen. Passende zorg willen we bieden. Zorg op maat van de patiënt, die we aanpassen als de behoeften veranderen of de vooruitgang van de geneeskunde ons hiertoe aanzet. Thorax- en vaatheelkunde laat dit zien, maar ook kunstnier en de kraamafdeling.

Slim fit doet ook denken aan nauwsluitend. Ons ziekenhuis wordt ook 'slim fit' door onze groeiende patiëntenaantallen en artsen. Dit vraagt aanpassing en uitbreiding. Daarover in een volgend nummer meer.

Inhoud

Voorwoord	3
Modernisering verloskamer	4
Cardiale revalidatie	8
Nieuwe arts-specialist en ASO	11
Dossier: kunstnier is meer dan dialyse	12
Kort nieuws	31
Wereldprimeur orthopedie	32
Longrevalidatie	34
Vernieuwingen thorax- en vaatheelkunde	38

Patiënt staat centraal bij modernisering van verloskamers

Sinds een tweetal jaren waait er een nieuwe wind op de kraamafdeling en verloskamer van AZ Voorkempen. Wat betekent dit voor toekomstige ouders die daar zullen bevallen? Gynaecoloog dr. Els Christiaensen licht toe.

De vernieuwingen begonnen in 2020. Toen startten de vroedvrouwen met prenatale raadplegingen. Tijdens drie consultaties krijgen toekomstige ouders nuttige info en de mogelijkheid om vragen te stellen. Er is sinds 2021 ook de mogelijkheid tot een borstvoedingsraadpleging. Een lactatiekundige beantwoordt de vragen van toekomstige en pasbevallen mama's over onder andere borstvoeding bij tweelingen of een baby met schisis. Ook wanneer borstvoeding niet vlot loopt, kan de kersverse mama terecht op de borstvoedingsraadpleging.

Samen met het verkorten van de ligduur werd de samenwerking met de zelfstandige vroedvrouwen versterkt. Ook bevallen met een zelfstandige vroedvrouw of doula kan in AZ Voorkempen.

Meer info over de vroedvrouwen- of borstvoedingsraadpleging vind je op www.azvoorkempen.be. Hiervoor een afspraak maken, kan via het centraal afsprakennummer 03 380 20 30.

Verder zet de kraamafdeling ook in op het mentaal welzijn van de toekomstige mama's. Dr. Els Christiaensen: "Het mentaal welzijn van onze zwangere patiënten vinden we heel belangrijk. Daarom begonnen we een pilootproject waarbij we hun psychosociale status screenen aan de hand van een gevalideerde screeningstest. Hierdoor kunnen we laagdrempeliger doorverwijzen voor een gesprek bij bijvoorbeeld de psycholoog of sociale dienst."

Nieuwe arbeidsverloskamer met bevallingsbad

In het najaar van 2021 volgde een verbouwing van het verloskwartier. Het resultaat: een nieuwe gecombineerde arbeidsverloskamer. Tot voor kort verbleef de patiënte op een arbeidskamer en werd ze overgebracht naar een verloskamer om te persen. Dit verhuizen is met de nieuwe arbeidsverloskamer verleden tijd. De toekomstige ouders verblijven gedurende de hele bevalling in dezelfde ruimte. Er werd ook een bevallingsbad voorzien, waarin het kindje onder water ter wereld kan komen.

Dr. Christiaensen vult aan: "Voor onze nieuwe arbeidsverloskamers kozen we het 'Active Birth Pool 360 bad', de beste in zijn categorie. Het is een groot bad met veel bewegingsvrijheid. Naast een bevallingsbad is het ook een relaxatiebad, waardoor de mama er op eender welk moment tijdens de arbeid in kan gaan. Door de twee uitsparingen op verschillende hoogte zijn er talrijke houdingsmogelijkheden om de weeën op te vangen, waaronder hurkend, op de knieën, in squat, liggend, zittend of vooroverleunend. De arbeidsverloskamer is huiselijk ingericht met zachte kleuren, dimbare

lichten en voldoende ruimte. Er is ook een aparte badkamer met douche en toilet aanwezig. Momenteel wordt er hard gewerkt aan een tweede volledig ingerichte arbeidsverloskamer."

Voordelen en contra-indicaties badbevalling

Onder water bevallen heeft voordelen tijdens de hele ontsluitingsfase. Door het water wordt de zwaartekracht gedeeltelijk opgeheven, waardoor de patiënte veel makkelijker van houding kan wisselen. Dr. Christiaensen: "Het warme water werkt ontspannend voor zowel lichaam als geest. Wie



ontspannen is, maakt meer endorfines aan, ervaart minder pijn en kan weeën beter opvangen. Dit levert meestal een verkorte ontsluitingsfase en minder vraag naar epidurale verdoving op." Bij persdrang kan de patiënte kiezen waar zij zich op dat moment het beste bij voelt: gaat ze uit het bad of blijft ze er in? Ook bevallen kan in verschillende houdingen, namelijk op de knieën, hurkend of half zittend.

Onder bepaalde omstandigheden is een onderwaterbevalling niet mogelijk. "Indien er hypertensie, koorts of prematuriteit is, mag de patiënte niet in bad. Om transmissie te voorkomen, kan dit ook niet bij een actieve herpes of als drager van HIV of Hepatitis B. Bij tekenen van foetale nood, ruim vaginaal bloedverlies of zwaar meconiaal vruchtwater zal de patiënte uit het bad moeten komen. Patiënten met IDDM, een gemellizwangerschap of een verhoogd risico op schouderdystocie mogen wel relaxeren, maar niet bevallen in bad. Na een epidurale verdoving is in bad gaan niet meer mogelijk. Een infuus voor GBS profylaxe of syntocinon kunnen wel via een draadloze infuus pomp", aldus dr. Christiaensen.

Veiligheid primeert

Met behulp van een draadloos CTG-toestel worden de harttonen van de baby zeer regelmatig en soms continu



gemonitord. Dr. Christiaensen: "We streven altijd naar een natuurlijke bevalling, maar indien noodzakelijk grijpen we in en kan de koers van richting veranderen. Het is nooit goed om vast te houden aan een volledig uitgestippeld bevallingsplan. Veiligheid primeert."

Wie in bad wil bevallen, mag zwemkleding, slippers en een badjas meenemen. Dit is niet noodzakelijk, maar voor sommige patiënten voelt dit prettiger. Voor de partner is badkleding verplicht. Na twee uur in het bad zal de patiënte gedurende een halfuur het bad moeten verlaten om de lichaamstemperatuur op peil te houden. Na dat halfuur kan ze opnieuw in bad

stappen. Het water van het bad wordt regelmatig verversed en de temperatuur wordt constant op 37°C gehouden. Indien er stoelgang in het bad komt, wordt deze weggeschept.

"De mama's die al bevallen zijn in het bad waren heel enthousiast en fier, al komen de meeste reacties voorlopig van diegenen die relaxeerden tijdens de arbeid. We zijn blij dat ze kunnen profiteren van de houdingsmogelijkheden in het bevallingsbad. Maar niet alleen de patiënten zijn blij, ook de vroedvrouwen en wij als gynaecologen vinden het een grote troef. Met al deze nieuwigheden en verbeteringen willen we een breder pakket van zorg aanbieden volgens de meest moderne standaarden. De patiënte staat altijd centraal, wordt geïnformeerd over de verschillende mogelijke keuzes en krijgt de zorg die zij verkiest of nodig heeft", besluit dr. Christiaensen.

Wanneer de coronamaatregelen het toelaten, plannen we een rondleiding op ons vernieuwd verloskwartier voor geïnteresseerde zorgverleners uit de regio.



dr. Frederic Caris
gynaecologie & verloskunde



dr. Els Christiaensen
gynaecologie & verloskunde



dr. Saskia Jankie
gynaecologie & verloskunde



dr. Dorien Kegelaers
gynaecologie & verloskunde



dr. Madeleine Van Groenendael
gynaecologie & verloskunde

Cardiale revalidatie: multidisciplinaire aanpak op maat van de patiënt



dr. Erwin de Blik
cardiale revalidatie

In het najaar van 2021 startte dr. Erwin de Blik als cardiaal revalidatiearts in AZ Voorkepen. Hij volgde dr. Anne Vorlat op en vertelt ons welke nieuwigheden we mogen verwachten.

"De aangeboden uren voor cardiale revalidatie werden inmiddels al uitgebreid. Daardoor is er extra capaciteit om patiënten een langere periode te laten revalideren, net zoals in de meeste andere revalidatiecentra. De positieve effecten van hartrevalidatie zijn namelijk meer uitgesproken bij een langere revalidatieduur. Het grote voordeel van hartrevalidatie ten opzichte van oefentherapie bij een kinesitherapeut is het intensieve programma van drie keer per week een uur groepstraining met als doel de algehele fysieke inspanningscapaciteit en conditie merkbaar te verbeteren in een veilig kader en rekening houdend met eventuele beperkingen. Bij overlappende specifieke locomotorische problemen blijven we beroep doen op een kinesitherapeut buiten het ziekenhuis voor aanvullende individuele oefentherapie."

Op maat van de patiënt

"De ambulante hartrevalidatie omvat door de multidisciplinaire aanpak van ons team meer dan enkel de fysieke trainingen met onder andere ook begeleiding in voedingsgewoonten door een diëtist, ondersteuning van het mentaal welzijn door een psycholoog en hulp op sociaal vlak of bij werkhervatting door de dienst patiëntenbegeleiding. Een geplande verandering is dat we binnenkort bij aanvang van de revalidatie ook gebruik zullen maken van meer uitgebreide inspanningstesten. Hierdoor kunnen we de trainingsintensiteit van de individuele patiënt nauwkeuriger bepalen. Dit gebeurt onder andere met ergospirometrie, waar behalve de gewoontelijke registratie van vermogen, hartslag, bloeddruk en ECG gelijktijdig ook de ademhaling en gasuitwisseling worden gemeten. Dat stelt ons in staat de inwendige fysieke processen van het hart, de longen en de bloedsomloop volledig in kaart te brengen en de optimale intensiteit van de trainingen beter te bepalen, rekening houdend met eventuele beperkingen. Wanneer de conditie verbetert, kunnen we hierdoor

ook het trainingsprogramma aanpassen aan de individuele behoeften en mogelijkheden en de vooruitgang vollediger documenteren."

"Hartrevalidatie kan patiënten helpen om hun conditie te verbeteren en terug vertrouwen te krijgen in hun lichamelijke toestand als 'hartpatiënt'. Dit zorgt ervoor dat ze langer en meer actief kunnen blijven met minder nieuwe hartproblemen in de toekomst."

Criteria cardiale revalidatie

"Ik werk ook nog in het UZA naast mijn activiteit in AZ Voorkepen. De hartrevalidatie daar is groter met soms ook meer aanbod van zwaardere en complexere pathologieën. Door de twee te combineren, wil ik de kennis en ervaring overbrengen waarbij in AZ Voorkepen kwalitatieve cardiale revalidatie kan worden aangeboden met behoud van de toegankelijke zorg in de eigen vertrouwde regio."

"De overheid stelde strikte regels op om in aanmerking te komen voor hartrevalidatie. Gewoonlijk gaat het om een specifieke gebeurtenis aan het hart waarvoor de patiënt recent gehospitaliseerd werd, bijvoorbeeld

een hartinfarct of een hartingreep. Er zijn verder nog een aantal beperkingen wat betreft het aantal beurten en de periode waarbinnen de revalidatie kan worden uitgevoerd. Doorgaans wordt deelname aan de hartrevalidatie, als de patiënt hiervoor in aanmerking komt, aangeboden op het moment dat de patiënt nog in het ziekenhuis verblijft. Na ontslag uit het ziekenhuis wordt de revalidatie dan ambulant verdergezet."

"De huisarts of specialist kan zelf geen specifieke cardiale revalidatie voorschrijven, maar spelen wel een belangrijke rol om patiënten te motiveren de aangeboden ambulante hartrevalidatie te volgen na ontslag uit het ziekenhuis. Veel patiënten twijfelen namelijk of ze misschien niet beter aan de slag kunnen gaan met individuele oefentherapie bij hun eigen kinesitherapeut en raadplegen daarom hun huisarts of specialist. Bij twijfel kan de huisarts of specialist me altijd contacteren."

Je kan dr. Erwin de Blik contacteren via:

- » erwin.de.blik@emmaus.be
- » Tel. 03 380 24 56



Artsenteam AZ Voorkempen breidt verder uit

Regelmatig starten er in AZ Voorkempen nieuwe arts-specialisten. Hier leer je hen beter kennen.

Dr. Nicolas Léonard - urgentiegeneeskunde

Dr. Nicolas Léonard startte op 1 januari 2022 als medisch diensthoofd op de dienst spoedgevallen van AZ Voorkempen. Hij volgde zijn studie geneeskunde aan de KULeuven, waarna een specialisatie in de huisarts-geneeskunde en tropische geneeskunde volgden. Later verdiepte hij zich verder in de acute pathologie in UZA, ZNA en AZ Nikolaas. Als urgentiearts ging hij aan de slag in AZ Voorkempen en AZ Monica en verrichte hij een consulentschap in het UZA.

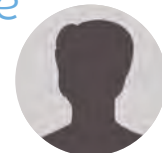


De grote regio Voorkempen voorzien van hoogwaardige urgentie-geneeskunde en de dienst spoedgevallen als een uitnodigende toegangspoort tot het ziekenhuis op de kaart zetten, dat is de missie van dr. Nicolas Léonard. Teamwork is een van zijn speerpunten. Zeer nauwe samenwerking tussen de spoedarts en de andere disciplines binnen het ziekenhuis vindt hij dan ook onontbeerlijk om tijdig de juiste zorg te bieden.

Met de nauwe contacten die dr. Nicolas Léonard heeft binnen het ziekenhuisnetwerk Helix wil hij de zorgverlening versterken, het contact met de eerste lijn intensifiëren. In nauwe samenwerking met het UZA streeft hij naar innovatie met een actieve deelname aan wetenschappelijk onderzoek.

Nieuwe ASO dermatologie

Dr. Jeroen Pyl startte op 1 februari 2022 als ASO dermatologie. Zijn assistentschap duurt tot 31 januari 2023.





Dossier **Kunstnier is meer dan dialyse**

Dat kunstnier meer is dan de patiënt die aan het dialysetoestel wordt aangesloten, blijkt uit de verschillende initiatieven die de afdeling de afgelopen jaren op poten heeft gezet. Het volledige predialysetraject werd samengevat in een NiERkliniek Voorkempen. Die bereidt zowel de nierpatiënten van AZ Voorkempen als die van AZ Klina voor op eventuele dialyse.

Overleg tussen dialyse, huisarts en nefroloog komt zorg voor patiënt ten goede



dr. Daan Detroyer
nefroloog

Het dialysecentrum van AZ Klina is de zogenoemde dochter van het dialysecentrum van AZ Voorkempen: de artsen en verpleegkundigen op de beide afdelingen zijn dezelfde. Maar waar zit dan wel het verschil? En is er een profiel op te maken van de 'typische' dialysepatiënt? Nefroloog dr. Daan Detroyer geeft tekst en uitleg.

Wat is het verschil tussen beide dialysecentra?

"De afdeling in Malle is de high-care dialyseafdeling. Hier wordt dialyse altijd opgestart, ook als het de bedoeling is om de patiënt later in AZ Klina te laten dialyseren. De afdeling in AZ Voorkempen is voor patiënten die meer toezicht en zorg nodig hebben tijdens de dialyse, met continue medische permanentie en verhoogde verpleegkundige bestaffing. Er zijn hier voornamelijk bedden waarin de patiënten gedialyseerd worden, al zijn er ook enkele ligzetels. De dialyse afdeling in AZ Klina in Brasschaat is de low-care dialyseafdeling. Patiënten die geen acute medische hulp nodig hebben, vrij zijn van onder andere bloeddrukvalLEN aan dialyse, goed mobiel en grotendeels zelfredzaam zijn, kunnen hier terecht. Bij low-care dialyse krijgt de patiënt dezelfde behandeling als op de high-care afdeling, maar helpt hij zelf mee

met onder andere het gebruiksklaar maken van het dialysetoestel. In Malle hebben we 27 dialyseposten, waar we 84 patiënten dialyseren via hemodialyse. Vanuit Malle volgen we ook acht patiënten op die thuis dialyseren via hemodialyse of peritoneale dialyse. In AZ Klina zijn er 15 dialyseposten, waar we 38 patiënten dialyseren via hemodialyse."

Wanneer komt een patiënt op de kunstnier terecht?

"Een patiënt kan dialyse krijgen wanneer de nieren het volledig laten afweten. Het gaat dan om patiënten met een ontoereikende nierfunctie waardoor de afvalstoffen dreigen op te stapelen en/of patiënten waarbij de eigen nierwerking de vochtbalans niet meer kan waarborgen. De nierfunctie dient dan vervangen te worden door dialyse, wat zorgt voor de verwijdering van de afvalstoffen uit het bloed, het

herstel van de zouten en het onttrekken van een teveel aan vocht.”

“In principe komt een patiënt op dialyse terecht na een periode van nefrologische follow-up via de raadpleging nierziekten. Idealiter krijgt de patiënt vooraf al duidelijke informatie omtrent nierfunctievervangende therapie via zijn behandelend nefroloog en het multidisciplinair team van de NiERkliniek Voorkempen. We houden jaarlijks ook meerdere infosessies over verschillende topics. Soms gebeurt het echter dat een patiënt acuut in dialyse terechtkomt, bijvoorbeeld door een agressieve nierziekte met snelle daling van de nierfunctie, door een zware infectie, na een operatie of dergelijke. Deze patiënt kan dan het predialysetraject niet volgen en krijgt de nodige informatie tijdens de dialyse.”

Bij een dialysepatiënt denken we al snel aan een ouder persoon die driemaal per week dialyse krijgt. Klopt dit clichébeeld?

“De meerderheid van de dialysepatiënten is inderdaad al wat ouder. Dit heeft te maken met een gemiddeld oudere bevolking in Vlaanderen en het feit dat nierziekten toenemen met de leeftijd. Anderzijds worden jongere dialysepatiënten vaker getransplanteerd en hebben zij daarna geen dialyse meer nodig. Het profiel blijft globaal dus de iets oudere patiënt met hypertensie, hart- of vaatziekten

en soms diabetes, maar er zijn vele oorzaken van nierfunctieachteruitgang. De gemiddelde leeftijd op onze dialyse in Malle en Brasschaat is nog lichtjes hoger dan het Vlaamse gemiddelde.”

“Het klassieke beeld van dialyse is drie keer vier uur per week hospitaaldialyse, dus high-care of low-care. Wij bieden echter ook thuishemodialyse en peritoneale dialyse aan, al komt niet iedereen hiervoor in aanmerking. We proberen via de NiERkliniek Voorkempen op voorhand met de patiënt al de voor- en nadelen af te wegen van de verschillende dialysemodaliteiten. In 2022 starten ook vier ervaringsdeskundigen op de dialyse. Dit zijn patiënten die zelf in dialyse zijn of een niertransplantatie ondergingen. Zij informeren samen met de verpleegkundigen de patiënten verder over dialyse en alles wat erbij komt kijken, zoals het vervoer, de mogelijkheid tot vakantiedialyse, praktische zaken, enzovoort.”

Er wordt hard ingezet op het informeren van de patiënt. Hoe wordt de omgeving van de patiënt betrokken in de zorg?

“We vinden het inderdaad belangrijk om patiënt en familie voldoende te informeren bij de start van dialyse, zowel individueel in het predialysetraject via NiERkliniek Voorkempen, als in groep via themavoordrachten. Ook het blijvend begeleiden van de dialysepatiënt via

onder andere de ervaringsdeskundigen, verpleging, sociale dienst, diëtist, psycholoog en artsen van de dialyse in overleg met de huisarts vinden we nuttig. Er is een lage drempel voor overleg tussen dialyse, huisarts en nefroloog. Bij belangrijke psychosociale of medische problematiek kan er altijd een multidisciplinair overleg worden gepland waarbij huisarts, familie, thuisverpleging of soms RVT-verpleging mee worden uitgenodigd. Mijn collegae en ik staan altijd ter beschikking indien de huisarts overleg wenst omtrent een dialysepatiënt.”

“De chronische dialysepatiënt wordt in principe drie keer per week gezien door een arts in high care, bij een low-care patiënt is dit een tweetal keer per week. De focus ligt dan wel op de dialyse-efficiëntie, de veiligheid van dialyse en het opvolgen van medische verslagen, maar ook eventuele bijkomende medische problemen worden bekeken. Eén keer per vier weken voeren we een bloedonderzoek uit bij elke patiënt.

Op basis van die uitslag herbekijken en actualiseren we de thuismedicatie en passen we de epo- en ijzerdosis aan. Deze overzichten van medicatie en laboresultaten krijgen de patiënten mee in hun dialysemap. De huisarts kan deze info ook vinden in de HUB, maar we verkiezen deze informatie te printen en mee te geven met de patiënt zodat de resultaten snel geconsulteerd kunnen worden moest dit nodig zijn.”

Wat brengt de toekomst?

“We zetten al meerdere jaren in op het aanbieden van thuisdialyse. Dit kan dan hemodialyse of peritoneale dialyse zijn bij geselecteerde patiënten in hun thuisomgeving. Deze vorm van dialyse zal in de toekomst nog belangrijker worden en heeft vele voordelen. Ook zullen we in AZ Voorkempen binnen enkele jaren kunnen dialyseren in een nieuwbouw die onderdeel is van het ziekenhuis. Hier kijken zowel wij als artsen, maar ook de verpleging en de patiënten zelf enorm naar uit.”

Meer informatie over onze afdeling kunstnier, extra informatie vanuit de discipline nefrologie en contactgegevens van de betrokken zorgverleners vind je via www.azvoorkempen.be/nierziekten-nefrologie.

Predialysegesprek ter voorbereiding op dialyse

De diagnose dat je dialyse moet krijgen, is niet niets. Het is dan ook belangrijk de patiënt hier zo goed mogelijk op voor te bereiden. Hildegard De Meyer, referentieverpleegkundige predialyse op onze kunstnierafdeling, informeert de patiënt tijdens het predialysegesprek.



Hildegard De Meyer
predialyse

Wanneer stapt een patiënt in het predialysetraject?

“De nierfunctie van een mens wordt geclassificeerd in vijf stadia. Vanaf stadium 5, eGFR <15 ml/min, kan je spreken van een terminale nierinsufficiëntie. Vanaf dan is het aanneembaar dat de patiënt binnen dit en een jaar een nierfunctievervangende therapie nodig heeft. Bij een snel achteruitgaande nierfunctie of een eGFR <20 ml/min verwijst de nefroloog de patiënt door naar onze NiERkliniek Voorkempen om het predialysetraject op te starten. De effectieve start van de nierfunctievervangende therapie is moeilijk te voorspellen. Sommige patiënten hebben lange tijd een stabiele nierfunctie in dat vijfde stadium, bij anderen gaat de nierfunctie sneller achteruit en moet de behandeling al na enkele weken of maanden worden opgestart.”

“Idealiter start een predialysetraject in stadium 4. Dan kan men meer preventief werken, waardoor we de patiënt langer

uit een dialysebehandeling zouden kunnen houden. We zouden dan werken op educatie en bewustmaking van voedingsgewoontes, inname van medicatie, aanpassing van de leefgewoontes, een eventuele rookstop, een goede regeling en opvolging van diabetes, controle van de bloeddruk, enzovoort. De realiteit is echter dat de nefrologen de patiënt vaak pas een eerste keer zien met een klaring van eGFR < 15 ml/min. Veel mensen voelen zich aanvankelijk niet ziek en durven uit angst niet aan het predialysetraject te beginnen. Er zijn ook laattijdige doorverwijzingen omdat de nierproblemen van de patiënt niet eerder gekend waren.”

Wat wil je met die predialyse-educatie bereiken?

“Tijdens het predialysegesprek willen we de patiënt informeren op een individuele en gestructureerde manier.

Er zijn veel behandelopties waaruit de patiënt kan kiezen. Hemodialyse kan zowel in AZ Voorkempen als in AZ Klina, maar de patiënt kan ook kiezen voor een dialysebehandeling thuis of in het rusthuis en ook niertransplantatie komt tijdens het gesprek aan bod. Niemand is verplicht om te starten met een behandeling, dus ook conservatieve therapie en advanced care planning worden besproken. We betrekken ook de familie en huisarts bij dit beslissingsproces. Indien de educatie langer dan een jaar geleden plaatsvond, nodigen we de patiënt opnieuw uit.”

Komen er tijdens het predialysegesprek nog andere zaken aan bod dan de verschillende soorten dialyse?

“Absoluut, het eerste predialysegesprek neemt ongeveer anderhalf uur in beslag. Ik start dit eerste

gesprek met een toelichting van de werking van de nieren. Zo begrijpt de patiënt beter wat de behandeling juist doet en waarom hij een dieet moet volgen en een vochtbeperking krijgt. Ook het nut van dialysegebonden medicatie komt aan bod en de patiënt wordt visueel vertrouwd gemaakt met het dialysetoestel en ander nodig materiaal. Bij een nierfunctievervangende therapie is er een toegang tot het lichaam nodig. Dit kan via een dialysekatheter, fistel of peritoneale katheter. De aanleg en werking hiervan wordt ook uitgelegd. Het gesprek sluit ik af met de praktische werking van onze kunstnierafdeling. Aangezien dialyse ook een grote impact heeft op de omgeving van de patiënt, vragen we steeds om een mantelzorger mee te brengen. Tijdens het gesprek krijgt de patiënt immers veel informatie op korte tijd te verwerken en het is belangrijk



dat de patiënt de verschillende mogelijkheden kan bespreken met zijn omgeving. Met dit predialysegesprek hopen we de zelfzorg en therapietrouw te vergroten."

"Na afloop maak ik notities van het gesprek in het elektronisch patiëntendossier en wordt het dossier in het multidisciplinair predialyseoverleg besproken. Dit verslag kan de huisarts nalezen in het dossier van de patiënt. Tijdens het eerste predialysegesprek weten we soms al of thuisdialyse een te bewandelen piste is, of er doorverwezen moet worden naar de vaatchirurg voor een fistelmapping en of transplantatie

een optie is. Een goede voorbereiding moet de kans op thuisdialyse vergroten, een betere accesplanning mogelijk maken en het aantal urgente en meer traumatische opstartmomenten van dialyse verminderen.

Je sprak over het multidisciplinair predialyseoverleg. Hoe belangrijk is het dat de patiënt multidisciplinair wordt opgevolgd?

"Artsen uit verschillende disciplines; nefrologie, cardiologie, vaatchirurgie ..., werken samen met een team van 38 verpleegkundigen, een diëtiste, een psycholoog, een maatschappelijk

assistent, een diabeteseducator, een tabakoloog en een kinesist om de patiënt op te volgen. Ook de huisarts en mantelzorgers worden betrokken in het behandelproces. Ieder heeft inbreng vanuit z'n eigen expertise, maar allen zetten we de patiënt altijd centraal."

"Als referentieverpleegkundige geef ik tijdens het predialysegesprek bijvoorbeeld een korte uitleg over het dialysedieet en de vochtbeperking. Ik merk vaak dat hier toch wel vragen over zijn, maar dit is niet mijn vakgebied. Ik verwijs de patiënt dan graag door naar de diëtiste, die alle voedingsproducten bespreekt. Het is belangrijk dat de patiënt goed blijft eten en voldoende eiwitten opneemt om niet ziek te worden. Het dialysedieet is een niet te onderschatten dieet, maar de diëtiste ondersteunt de patiënt hierin. "Na het predialyse gesprek is er ook een kennismakingsgesprek met de dienst patiëntenbegeleiding. Zij bieden onder andere psychologische en administratieve ondersteuning, organiseren thuishulp, regelen het vervoer van en naar de dialyse en organiseren ook vakantiedialyse. Eigenlijk kunnen zij de patiënt helpen met alle niet-medische vragen. Ook wanneer de dialysebehandeling al bezig is, worden patiënten doorlopend ondersteund door de dienst. Dit geeft de patiënt toch vaak een gerust gevoel."

Waar haal jij het meeste voldoening uit?

"Onze NiERkliniek is gegroeid van enkele occasionele rondleidingen op de kunstnier tot een heus werkingsorgaan. We organiseren infoavonden, die door de coronapandemie voorlopig online plaatsvinden. Twee jaar geleden maakten we twee professionele filmpjes over een dag op de kunstnier en het predialysetraject. We ontwikkelden een nierpas en een heel gamma aan infobrochures en nemen actief deel aan World Kidney Day. Aan de opstart en verdere uitrol van de NiERkliniek ging dus al heel wat vergaderen en administratie vooraf."

"Maar het meeste voldoening haal ik uit het persoonlijk contact met de patiënt zelf. Veel patiënten zijn angstig of komen met tegenzin naar het predialysegesprek. Dialyse is en blijft een zware behandeling met een grote impact op het leven van de patiënt. Ik vind het fijn om dan na afloop van het gesprek te horen dat ze een goede en gestructureerde uitleg kregen en toch iets meer gerustgesteld zijn. Eens de patiënt gestart is, ga ik altijd langs om hem te verwelkomen. Zij zijn blij om een bekend gezicht te zien en spreken me soms jaren later nog aan over ons eerste gesprek. De eerste indruk en start van de dialyse hebben een erg grote impact op de patiënt. Dit hou ik steeds in gedachten."



Thuisdialyse in stijgende lijn



Lotte Debruyn
thuisdialyseverpleegkundige

Een van de mogelijkheden om dialyse te ondergaan, is via thuisdialyse. Het grootste voordeel hiervan is dat de patiënt veel zelfstandiger is en de dagelijkse bezigheden voor een groot stuk kan behouden. Thuisdialyse-verpleegkundige Lotte Debruyn juicht, samen met haar collega Brigitte Troch, de toename van het aantal thuisdialysepatiënten alleen maar toe.

Wat moet ik me voorstellen bij thuisdialyse?

"Thuisdialyse is, zoals het woord zegt, dialyse in je thuisomgeving. Dit kunnen twee verschillende soorten zijn. Je hebt enerzijds de peritoneale dialyse (PD) via de buik, in de volksmond ook wel buikdialyse genoemd. Anderzijds is er de thuishemodialyse (THD). Dit is dialyse via het bloed met behulp van een getunnelde katheter of fistel. Deze vorm van dialyse krijgen patiënten ook op de kunstnierafdeling in AZ Voorkepen of AZ Klina."

"De overheid bepaalde in 2016 dat de financiering van de forfaits en honoraria voor hemodialyse afhangt van de hoeveelheid patiënten die met een alternatieve nierfunctievervangende therapie behandeld worden. Als alternatieve vormen gelden hemodialyse in een centrum voor

autodialyse, thuishemodialyse, selfcare hemodialyse, peritoneale dialyse en transplantatie. Hemodialyse in ziekenhuisverband wordt beschouwd als de klassieke behandeling. Algemeen geldt dat de alternatieve vormen goedkoper zijn voor de maatschappij en we ze dus moeten stimuleren. Het zijn dan ook volwaardige alternatieven voor de klassieke hemodialyse, met als verschil dat de patiënt meer betrokken is bij zijn behandeling en voor een stuk zelf de regie erover kan uitvoeren. Hij blijft in zijn thuisomgeving en kan hierdoor de dagdagelijkse bezigheden zo veel mogelijk behouden. De nefrologen zijn er volop mee bezig om de populatie van thuisdialysepatiënten uit te breiden. Dit aandeel gaat alleen maar groeien."

Kan een patiënt meteen beginnen met thuisdialyse als dit nodig blijkt?

"De patiënt kan zijn wensen doorgeven aan de behandelende nefroloog zodra hij in het predialysetraject stapt. Ook tijdens het predialysegesprek kan

de patiënt zijn voorkeur voor thuisdialyse doorgeven. Als hier interesse in is, wordt de patiënt doorverwezen naar de referentieverpleegkundigen peritoneale dialyse, die de werking extra uitlegt. De kennis over hemodialyse kreeg men al mee tijdens het predialysegesprek. Jammer genoeg komt niet iedereen in aanmerking voor thuisdialyse."

"Met PD kan je niet meteen beginnen. Hier gaat een heel proces aan vooraf. De patiënt gaat eerst langs bij de abdominaal chirurg, die bekijkt of de patiënt geschikt is voor een PD-katheter. Eens de chirurg bevestigt, wordt er een datum geprikt voor de plaatsing van de katheter. Na de plaatsing is er een herstelperiode van vier tot zes weken, waarna gestart kan worden met de opleiding. Bij thuishemodialyse moet de vaatchirurg een getunnelde katheter of een fistel plaatsen. Afhankelijk van die keuze wordt er beslist om te starten op de kunstnier en nadien over te gaan op thuishemodialyse of om de opleiding tot PD te volgen en daarna meteen thuis te starten."

Ondersteunt het ziekenhuis de patiënt bij het installeren van de nodige apparatuur?

"Bij een aanvraag van thuisdialyse doen mijn collega of ik eerst een huisbezoek, samen met de technische dienst van de firma die de thuisdialyse-toestellen in bruikleen aanbiedt en een bio-techniker van het ziekenhuis. We bekijken de plaatsing van de toestellen, de materiaalstock en alle andere zaken die hierbij komen kijken. De patiënt moet in feite zelf niks ondernemen, alles wordt gecoördineerd door het thuisdialyseteam en de technische dienst van de firma waarmee we samenwerken. De firma levert maandelijks ook het nodige materiaal bij de patiënt."

"Er is een gans protocol en traject dat wordt afgelegd, dat loopt van het indienen van de aanvraag, het geven van opleidingen en trainingen aan de patiënt en/of zijn mantelzorgers, tot aan de installatie thuis. Eens de patiënt met thuisdialyse gestart is, wordt hij elke vier tot zes weken opgevolgd op raadpleging door de nefroloog. Ook wij als thuisdialyseverpleegkundigen volgen de patiënt systematisch op. Ieder jaar gaan we op huisbezoek voor opvolging. De thuisdialysepatiënten kunnen ons altijd telefonisch bereiken bij vragen of problemen."

Goede balans in voedingspatroon dialysepatiënt noodzakelijk

Wanneer een patiënt moet starten met dialyse, is de grootste schrik vaak het aangekondigde dieet. Er zijn immers heel wat voedingsmiddelen die men niet meer mag eten of drinken. Wat het dieet inhoudt en waarom het volgen ervan zo belangrijk is, lichten diëtisten Tine Nuyts en Ilse Roofthoof toe.



Tine Nuyts
diëtiste kunstnier



Ilse Roofthoof
diëtiste kunstnier

Waarom moeten dialysepatiënten op hun voeding letten?

“Een gezonde nier filtert 24/24 en 7/7. Bij dialysepatiënten neemt het dialysetoestel deze functie over gedurende drie keer vier uur per week. Om te voorkomen dat tussen twee dialysemomenten de labowaarden in het bloed te fel stijgen, moet de patiënt zijn dieet volgen en de voorgeschreven medicatie op de juiste tijdstippen innemen. Omdat het lichaam door de nierziekte geen vocht meer kwijtraakt, mag de patiënt niet te veel drinken. De aanbevolen hoeveelheid vocht voor een dialysepatiënt per dag is de hoeveelheid dat hij zelf plast op die tijd plus 500 ml. Dus wanneer de patiënt 300 ml plast per dag mag hij 800 ml drinken.”

“Als de patiënt tussen twee dialysesessies veel gewicht is bijgekomen, is dit meestal vocht dat onttrokken moet worden tijdens de dialyse. Om dit voor de patiënt aangenamer te

maken, is het belangrijk dat de patiënt zich aan de vochtbeperking houdt. De meeste dialysepatiënten ervaren die vochtbeperking echt als moeilijk, zeker in de zomermaanden. Elke persoon heeft ook een andere vochtbehoefte. We zijn er ons zeker van bewust dat dit dialysedieet geen makkelijke opgave is, maar het strikt opvolgen, is noodzakelijk voor de patiënt zijn gezondheid.”

Op welke momenten hebben jullie contact met de dialysepatiënten?

“We zien de patiënt eigenlijk gedurende de volledige dialyseperiode. Wanneer iemand start met dialyse leggen we het voedingsadvies uit aan de patiënt en/of zijn familie. Aan de hand van onze informatiebrochure ‘Dieet bij dialyse’ proberen we de patiënt meer inzicht te geven in de begrippen kalium, fosfor, zout en vocht. Aan de hand van het verkeerslichtensysteem duiden we met groen aan welke voedingsmiddelen

oké zijn, met oranje waar men mee moet oppassen en met rood welke producten moeten vermeden worden. Meestal let de patiënt wel al op de zout- en soms ook op kaliuminname, maar bij de start van de dialyse komen daar ook nog eens die vocht- en fosforbeperking bij. We proberen altijd een goede balans te vinden tussen enerzijds het verminderen van kalium, fosfor, zout en vocht en anderzijds het voldoende opnemen van eiwitten en energie.”

“Tijdens de dialyse worden immers niet alleen afvalstoffen verwijderd, maar ook goede bouwstoffen. Het voedingsadvies nadat de patiënt met dialyse start, wordt gebaseerd op de laboresultaten van het maandelijks bloedonderzoek. Elke maand bespreken we de nieuwe laboresultaten en passen we de voedingsvoorschriften aan waar nodig. Als de patiënt aangeeft dat hij een bepaald voedingsmiddel echt mist, bekijken we samen wat mogelijk is. Hierbij baseren we ons nog steeds op de laboresultaten, want inname van bepaalde voedingsmiddelen kunnen de bloedwaarden serieus doen schommelen.”

“Bij het voedingsadvies moeten we met verschillende zaken rekening houden. Soms is er bijvoorbeeld een aangepaste consistentie nodig omwille van gebits- of slikproblemen. We scree-

nen onze dialysepatiënten ook altijd op ondervoeding. Bij risico op of bij vastgestelde ondervoeding benadrukken we het belang om bij elke maaltijd iets van eiwitten op te nemen. Als dit via de gewone voeding onvoldoende blijkt, starten we met een eiwitrijke bijvoeding. Dat gamma is enorm uitgebreid en gaat van drinkvoeding, pudding of koeken tot eiwitrijke siroop. Wanneer de patiënt in een woonzorg- of revalidatiecentrum verblijft, geven we alle nodige info door aan de zorgverleners.”

Is het letten op voeding ook al belangrijk in het predialysetraject, dus voor men effectief aan de dialyse moet?

“In het predialysetraject is het voorgeschreven advies een gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging. Als Belg zijn we echter eerder Bourgondisch aangelegd, waardoor onze zoutinname en dierlijke eiwitconsumptie vaak automatisch te hoog zijn. Daarom raden we tijdens de predialyse aan om extra aandacht te schenken aan de zout- en eiwitinname en meer groenten, fruit en vezels te eten. We spreken dan van een zout- en eiwitnormalisatie. Het is niet noodzakelijk om in het beginstadium van nierinsufficiëntie ook kalium te gaan beperken.”

Heb je nog enkele tips die belangrijk zijn bij de voeding voor dialysepatiënten?

"Het voedingsadvies bij dialyse is geen gemakkelijke opgave. Je eigen persoonlijkheid, je smaakvoorkeur en de steun van de directe leefomgeving kunnen het volgen van het dieet makkelijker of net ook moeilijker maken. Altijd moeten nadenken over wat je eet of hoeveel je ervan eet, kan lastig zijn, maar door voldoende te variëren binnen de verschillende voedingsmiddelen, hoeveelheden en bereidingswijzen is er toch nog veel mogelijk. We geven onze patiënten dan ook altijd mee dat ze moeten proberen genieten met de grote G."



Patiëntenbegeleiding ondersteunt bij alle niet-medische vragen

Los van het medische luik en voedingspatroon, verandert er nog heel wat in het leven van de patiënt als dialyse onvermijdelijk is. Team patiëntenbegeleiding probeert antwoord te bieden op alle praktische, emotionele, sociale en psychische vragen. Maatschappelijk werker Corinne Schrauwen vertelt hoe ze de patiënt en zijn omgeving ondersteunen.

"We proberen echt een gesprekspartner te zijn voor onze patiënten. De opstart van dialyse is een ingrijpende gebeurtenis, een die het leven van de patiënt en zijn gezin uit evenwicht kan brengen. De maatschappelijk werkers en psychologen gaan hierover met de patiënt in gesprek, elk met de eigen insteek en expertise. We proberen te achterhalen welke impact de dialyse heeft en zoeken samen naar een nieuw evenwicht. We hebben hierbij oog voor de emotionele beleving van onze patiënten en geven hen ruimte om hierover te spreken. Ook moeilijke thema's, zoals zingeving, levensende en levenskwaliteit, angsten en neerslachtige gevoelens gaan we niet uit de weg."



Corinne Schrauwen
maatschappelijk werker

Wat zijn de meestgestelde vragen?

"Een vraag die vaak terugkomt, is: 'Mijn familie of mantelzorgers kunnen me geen drie keer per week naar de dialyse brengen en terug komen halen. Hoe geraak ik daar dan?'. De sociale dienst zorgt dan voor de opstart van vervoer via de mutualiteit en volgt ook de administratie op. Na de opstart nemen de logistieke medewerkers van de kunstnierafdeling dit van ons over. Naast het vervoer informeren we ook over sociale voorzieningen: 'Heb ik recht op een parkeerkaart?', 'Kom ik in aanmerking voor de mantelzorgpremie?', 'Wat betekent de maximumfactuur?', enzovoort."

"Een ander voorbeeld is de hospitalisatieverzekering. Dialyse kan erkend worden als een zware ziekte, waardoor de ambulante kosten mogelijks terugbetaald worden. We vragen de patiënt om deze erkenning zelf in orde te brengen, maar bij vragen of nood aan ondersteuning kunnen ze altijd de maatschappelijk werkers aanspreken."

Wanneer in het dialysetraject ontvangen jullie de patiënt?

"Tijdens de predialyse heeft de patiënt een kennismakingsgesprek met de sociale dienst, waar we uitleg geven over welke ondersteuning we kunnen bieden."

Patiënten die er dan reeds behoefte aan hebben, kunnen onze hulp inschakelen. Als de patiënt later effectief start met de dialyse, volgt er nog een intakegesprek met de maatschappelijk werkers en de psycholoog. Opnieuw krijgt de patiënt uitleg over ons aanbod, waarbij ze zelf kunnen kiezen om ons al dan niet in te schakelen. Zolang patiënten bij ons in behandeling zijn, blijft dit aanbod gelden. Sommige patiënten krijgen een lopende begeleiding, andere patiënten zien we slechts sporadisch. Voor getransplanteerde patiënten is er nazorg voorzien zolang dit nodig is."

"Wanneer een patiënt kiest om met dialyse te stoppen, bieden we tot op het einde de nodige praktische en emotionele ondersteuning. Advanced care planning of vroegtijdige zorgplanning vinden wij een prioriteit, aangezien de transparantie en duidelijkheid hierover kan bijdragen tot een grotere gemoedsrust bij onze patiënten."

Zoals je zelf eerder aanhaalde, heeft dialyse ook een impact op de omgeving van de patiënt. Wat doen jullie om hen te ondersteunen?

"Wanneer de patiënt hiermee akkoord gaat, kunnen naasten ook betrokken worden. Hierbij hebben we oog voor de draagkracht van de mantelzorgers of betrokken hulpverleners en het bieden van ondersteuning wanneer

deze overschreden wordt. Wanneer er verschillende hulpverleners aan het werk zijn binnen één context, zullen we ook proberen om de zorgtaken goed te verdelen zodat iedereen binnen zijn expertise een waardevolle bijdrage kan leveren."

"Wanneer er zaken verloren dreigen te lopen in de verschillende communicatiekanalen, wordt er op regelmatige tijdstippen een zorgoverleg georganiseerd. Tijdens zo'n overleg zetten we alle interne en externe hulp- en zorgverleners, de patiënt en zijn familie of mantelzorgers rond de tafel en luisteren we vooral naar de noden van de patiënt en zijn omgeving. Op die manier proberen we de zorg als een puzzel in elkaar te laten passen en goede afspraken te maken die duidelijk zijn voor iedereen."

Iets helemaal anders dan: vakantiedialyse neemt in populariteit toe. Hoe helpen jullie patiënten hierbij?

"Op vakantie gaan lijkt soms een onbereikbaar doel voor een dialysepatiënt. Dit is gelukkig niet altijd waar. Voor onze reislustige patiënten bieden we vakantiedialyse aan: de patiënt moet enkel zijn reis plannen, wij regelen de contacten met het dialysecentrum ter plaatse en indien nodig ook het vervoer. Bij een buitenlandse vakantie zetten wij de nodige stappen voor de garantieverklaring."

Ervaringsdeskundigen staan patiënten op kunstnier bij

Begin 2022 startten vier ervaringsdeskundigen op onze kunstnierafdeling. Na een extra opleiding bij Trefpunt Zelfhulp in Leuven gingen ze aan de slag om te luisteren naar nierpatiënten en hen advies te geven waar nodig. Eén van die ervaringsdeskundigen is Ben Van den Brand. Hij neemt ons mee in het doel van dit nieuwe project, een primeur in de provincie Antwerpen.



Ben Van den Brand
ervaringsdeskundige

Je was zelf patiënt op onze kunstnier. Hoe kwam je er terecht?

"Ik legde een heel traject af om te staan waar ik nu sta. Vijftien jaar geleden werd ik plots goed ziek. Het verdict na onderzoeken in Leuven was nierfalen. De eerste jaren was een behandeling nog niet nodig, doordat medicatie mijn waarden stabiliseerde. Na zes jaar voldeed die medicatie niet meer en werd er overgeschakeld naar peritoneale dialyse (PD), via de buik."

"Ik stond al een tijdje op de wachtlijst voor een niertransplantatie, toen ik een hersenbloeding kreeg. Ik moest van nul herbeginnen, kon niet meer lezen, spreken of schrijven. Niet lang na mijn herstel volgde een hartinfarct... Hiervan moest ik een aantal maanden herstellen, waarna ik opnieuw mijn plekje op de wachtlijst wist te veroveren. Gelukkig hield ik aan beide zaken niets over. Uiteindelijk deed ik zeven jaar PD, waarna ik na een tweede

buikvliesontsteking overschakelde op hemodialyse. Na de opstart in Leuven, kwam ik op de kunstnier van AZ Voorkepen terecht."

Hoe voelde die overstap voor jou?

"Ik kwam hier terecht zonder een echte voorbereiding, maar ben heel goed opgevangen. In Leuven vertelde men me letterlijk: 'Morgenvroeg start je met hemodialyse'. Vervolgens werd ik drie opeenvolgende dagen in Leuven gedialyseerd, waarna ik de definitieve overstap naar Malle maakte. Ik kwam ineens in een vaste planning en schema terecht en ik kende het ziekenhuis en de verpleging niet echt. Uiteindelijk bleek de overstap van peritoneale dialyse naar hemodialyse voor mij een echte verbetering."

"Door de start van dr. Daan Detroyer in het ziekenhuis, verscheen er toch ineens een bekend gezicht. Hij was immers in Leuven aan het werk toen ik

daar werd opgevolgd. Begin februari 2021 werd ik opnieuw goedgekeurd voor een niertransplantatie en ging ik naar Leuven voor de voorbereidende gesprekken. Twaalf dagen later mocht ik binnenkomen omdat er een nier was. Ik kreeg uiteindelijk negen jaar dialyse en ben ondertussen bijna een jaar getransplanteerd. Het gaat op dit moment heel goed met mij en ik heb geen dialyse meer nodig."

Waarom ging je in op de vraag om ervaringsdeskundige te worden?

"Ik ben hier vanaf het eerste moment zo goed onthaald en behandeld geweest. Er was begrip en respect van alle partijen. Ook de eerlijkheid en openheid van de artsen... Ik heb van in het begin gezegd dat ik die kunstnier niet meer ging lossen, wat er ook op m'n pad komt. De dialyse heeft me negen jaar lang in leven gehouden en ik ben daar heel dankbaar voor. In het begin sprong ik gewoon nog eens binnen nadat ik op controle was geweest. Toen de vraag van verpleegkundigen Nathalie en An kwam om ervaringsdeskundige te worden, heb ik geen moment getwijfeld. Samen met drie andere collega-patiënten kregen we een vorming van Trefpunt Zelfhulp in Leuven. Dat ging van brandveiligheid op de afdeling, tot wanneer iets beroepsgeheim is

en wanneer je best bepaalde info kan doorgeven aan de behandelende arts. Patiënten zeggen onderling en tegen ons meer dan dat ze tegen de dokter zeggen, we zijn een onafhankelijke partij."

"Er zijn natuurlijk de verpleegkundigen, artsen en heel het team van patiëntenbegeleiding die je begeleiden, maar die maken niet mee wat jij op dat moment meemaakt. Dat is toch anders. Het is echt belangrijk dat we aanwezig zijn. We komen binnen met enkel een badge van vrijwilliger aan. We dragen geen witte jas of stethoscoop, geen verpleegkundig uniform en hebben tijd om te luisteren."

Wat is de missie van de ervaringsdeskundigen op kunstnier?

"Dat antwoord is makkelijk: er zijn voor onze collega-patiënten. We luisteren, beantwoorden vragen en tonen dat leven met nierfalen wél mogelijk is. Starten met dialyse is zwaar. Je moet drie keer per week naar de dialyse, elke week en de rest van je leven of tot een transplantatie. Je moet ook een van de zwaarste diëten volgen: het bijna niet meer mogen drinken, het veel minder mogen eten, de gewichtsbeporing. Elke maand na het bloedonderzoek komt de diëtiste langs om te melden welke waarden te

hoog staan en hoe je die waarden naar beneden moet brengen. De patiënten horen dat, maar horen dat ook niet. De dokters en diëtisten gaan af op cijfers en tabellen. Begrijp me niet verkeerd: dat is superbelangrijk, want je lichaam moet blijven functioneren. Dat is hun job, maar wij kunnen vanuit onze ervaring dan tips geven over hoe het omgaan met bijvoorbeeld het dieet makkelijker wordt."

"Ook familie en mantelzorgers kunnen bij ons terecht. Zij krijgen vaak een korte samenvatting van de patiënt: 'Ik mag geen zout meer eten en niet veel meer drinken', maar het is meer dan dat. We vinden het belangrijk te praten in makkelijke woorden. De artsen of diëtisten gebruiken soms moeilijke bewoordingen, waardoor de patiënt niet alles makkelijk kan naverellen. Het is onze bedoeling om ervoor te zorgen dat de patiënt thuis alles helder kan overbrengen. Met de ervaringsdeskundigen kunnen we dit een stukje opvangen."

"We zijn op vaste momenten aanwezig op zowel de kunstnierafdeling in Malle als in Brasschaat of bereikbaar via ervaringsdeskundigen.azvk@emmaus.be. Bij een specifieke vraag bekijken we onderling wie het meest geschikt is hierop te antwoorden. Ieder heeft zo'n beetje z'n eigen specialisatie: één

van de ervaringsdeskundigen weet veel over vakantiedialyse, de andere kan dan weer veel vertellen over het dieet, beweging tijdens dialyse of wat een niertransplantatie precies inhoudt. De verpleging kan de patiënt ook gericht doorverwijzen. Het is belangrijk om een klik te hebben. De verpleging kent z'n patiënten en kent ons ook waardoor ze de beste match kunnen vormen."

Hoe ga je om met emotionele verhalen of moeilijke onderwerpen?

"Daar hebben ze ons tijdens de opleiding op voorbereid. Wanneer de patiënt ons iets vertelt, maar het moeilijk vindt dat tegen een verpleegkundige of arts te zeggen, kunnen we ook tussenpersoon zijn. We kunnen samen naar de arts stappen. 'Ik geef de aanzet en jij vertelt het verhaal.' De drempel verlagen is wat we willen doen. Ook voor ons staat heel het team van de kunstnier paraat. Wij kunnen bij hen terecht om erover te vertellen, we kunnen op hun rekenen. Elke maand is er een vergadering met de twee begeleidende verpleegkundigen om te bekijken of ze ergens kunnen ondersteunen."

"Ik ben heel blij dat ik er kan zijn voor de patiënten en dat we er mogen zijn. Wij moeten de vraag niet persé oplossen, maar kunnen wel onze ervaring hierin delen."

Ben: "Toen de vraag kwam om ervaringsdeskundige te worden, heb ik geen moment getwijfeld."

Kort nieuws

Uitbreiding online afspraken

Online een afspraak maken via mynexuzhealth is nu mogelijk bij volgende disciplines:

- » Centrum Over Gewicht
- » Neurologie
- » Slaaptraining
- » Dermatologie
- » Neus-, keel- en oorziekten
- » Tabakologie
- » Kindergeneeskunde
- » Podologie
- » Wondzorg

Borstkliniek Voorkepen lid van Breast Centres Network

De Borstkliniek Voorkepen, een samenwerking tussen AZ Klina en AZ Voorkepen, maakt vanaf nu deel uit van het internationale Breast Centres Network (BCN). De toegelaten klinische centra houden zich exclusief bezig met de diagnose en behandeling van borstkanker.

Meer info over het BCN vind je via www.breastcentresnetwork.org.



Openstaande vacatures arts-specialisten

Voor de uitbreiding van ons artsteam zijn we nog op zoek naar enkele artsen. De volledige vacatures vind je op www.azvoorkempen.be/werken-bij.

- » **Endocrinoloog** (bij voorkeur voltijds)
- » **Geriatr** (voltijds)
- » **Intensivist** (deeltijdsfactor te bespreken)
- » **Pneumoloog** (voltijds)
- » **Reumatoloog** (deeltijdsfactor zelf te bepalen)
- » **Arts of apotheker klinisch bioloog** (deeltijds, met mogelijkheid tot uitbreiding)

Wereldprimeur voor orthopedie

De dienst orthopedie werkte samen met de Zwitserse firma Mathys European Orthopaedics aan een aangepaste component die wordt gebruikt bij een totale heupprothese. Orthopedist dr. Peter Van Seymortier plaatste deze nieuwe component als eerste ter wereld.



dr. Peter Van Seymortier
orthopedie

"Het plaatsen van een totale heupprothese (THP) is een courante ingreep met hoge succesratio. Volgens recente cijfers wordt deze ingreep in België jaarlijks meer dan 29.000 keer uitgevoerd. Ondanks de gestandaardiseerde procedure blijft innovatie belangrijk, waarbij het meeste voordeel te halen valt uit een optimalisatie van de gebruikte componenten zowel qua vorm als qua samenstelling."

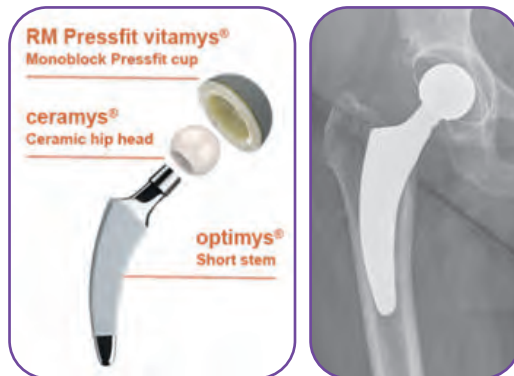
Shift doelgroep THP

"Daar waar vroeger vooral de geriatrische, eerdere sedentaire populatie geopereerd werd, zien we nu een shift naar de actieve jonggepensioneerde of de nog werkende populatie. Dit creëert een zeker verwachtingspatroon bij de patiënt: die wenst zijn sportieve, beroepsmatige en dagdagelijkse activiteiten postoperatief te hernemen zonder al te veel beperkingen. Hierdoor is innovatie een noodzaak, waarbij we moeten streven naar gebruik van materialen met optimale langetermijn-

resultaten qua beweeglijkheid, slijtage en stabiliteit. Daarnaast wordt steeds meer de nadruk gelegd op het behoud van de patiëntspecifieke anatomie en biomechanica, wat leidt tot minder klachten en snellere postoperatieve revalidatie."

Voortrekkersrol

"In kader van deze bevindingen werd reeds jaren geleden het concept van 'bone preservation' omarmd, waarbij gestreefd wordt naar het behoud van de unieke anatomie van de patiënt, in combinatie met innovatieve materiaalkeuze. Hiervoor werken we



samen met de Zwitserse orthopedische firma Mathys European Orthopaedics. Nagenoeg alle patiënten worden behandeld met een kortere anatomische femorale component, de Optimys steel, en een volledig uit polyethyleen samengestelde acetabulaire component, de RM Vitamys pan."

"De kortere anatomische steel maakt het mogelijk om op een botsparende manier de patiëntspecifieke anatomie te respecteren, daar waar de volledig uit polyethyleen samengestelde pan excellente langetermijnresultaten kan voorleggen qua slijtage en overleving. Beide componenten zijn ideaal in kader van postoperatieve rapid recovery revalidatie protocols."

"In het gebruik van beide componenten speelt AZ Voorkepen een voortrekkersrol in België. In ons ziekenhuis werd in 2012 de allereerste Optimys steel in de Benelux geplaatst en met een totaal van 1.100 implantaties hebben we momenteel de grootste consecutieve reeks van België. Wat de RM Vitamys pan betreft, verrichtten we sinds 2012 reeds 850 implantaties."

Aangepaste pan

"Ondanks de excellente langetermijnresultaten van de bestaande RM Vitamys pan, zette Mathys European



Foto links: De bestaande RM Vitamys pan
Foto rechts: De nieuwe RM Vitamys hooded, met opstaande rand

Orthopaedics, in nauwe samenwerking met onze dienst, in op verdere innovatie. De bestaande RM Vitamys pan werd verder aangepast, met als resultaat de RM Vitamys hooded, die dankzij een extra opstaande rand een bijkomend voordeel heeft wat betreft de stabiliteit en de kans op luxatie verkleint. Na jaren van intens voorafgaand wetenschappelijk onderzoek en testen, werd op 11 oktober 2021 voor de eerste maal ter wereld de RM Vitamys hooded geplaatst in AZ Voorkepen, met een volledig nieuw aangepast instrumentarium."

"De ingreep verliep volgens schema waarbij de aangepaste component vlot kon worden geïmplant. De patiënt maakt een vlot postoperatief herstel door waarbij ze al haar dagdagelijkse en sportieve activiteiten kon hernemen zonder specifieke beperkingen. Ondertussen werd de RM Vitamys hooded in onze dienst zo'n 50 maal geïmplant, waarbij geen implantagerelateerde problemen werden weerhouden."

Individueel behandelplan helpt patiënt bij longrevalidatie

AZ Voorkempen is één van de tien ziekenhuizen in Vlaanderen met erkende respiratoire revalidatiearts. Pneumoloog dr. Halil Sirimsi volgde hiervoor een bijkomende opleiding.



dr. Halil Sirimsi
pneumoloog en
respiratoir revalidatiearts

"Ik beschik over het diploma van pneumoloog, met een bijzondere bekwaamheid in de respiratoire revalidatie. Ik volgde hiervoor een extra professionele vorming voor het behalen van niveau 3-titel 'Respiratoire revalidatie' in erkende stagedienst. Daardoor mag ik op de longrevalidatie een multidisciplinair team leiden dat verantwoordelijk is voor de behandeling van de patiënt met chronische respiratoire pathologie. Ik stel een geïndividualiseerd behandelplan op en volg de patiënt tijdens zijn revalidatieprogramma op zowel klinisch als functioneel vlak."

Welke patiënten komen in aanmerking om met longrevalidatie te starten in ons ziekenhuis?

"We raden longrevalidatie aan bij patiënten die lijden aan een ernstige chronische ademhalingsstoornis. Patiënten met onder andere COPD, astma, interstitieel longlijden of bronchiëctasieën behalen de behandeldoelen vaak nog onvoldoende. Ze ervaren duidelijke participatieproblemen door hun ziekte en komen hierdoor in aanmerking voor longrevalidatie. Het verbetert enerzijds de levenskwaliteit, inspanningstolerantie en ziektegerelateerde stemmingsstoornissen. Anderzijds reduceert longrevalidatie klachten van kortademigheid en het aantal exacerbatie, met minder hospitalisaties en reductie van de

mortaliteit tot gevolg."

"De verwijzer stuurt zijn patiënt best door na het vaststellen van participatiebeperking bij een chronische longpatiënt (complexe medische problematiek, complexe adaptatieproblematiek) ten gevolge van verminderd inspanningsvermogen, waarbij verbetering wordt verwacht van het inspanningsvermogen na opstarten van multidisciplinaire revalidatieprogramma."

Welk traject doorlopen die patiënten?

"We starten altijd met een intakegesprek met uitleg over respiratoire revalidatie. Tijdens dit gesprek beoordelen we ook of de patiënt in aanmerking komt voor het revalidatieprogramma. Als de patiënt groen licht krijgt, ondergaat hij eerst enkele onderzoeken, waarbij we screenen op cognitieve taalpsychosociale problemen, de ernst van de ademhalingsstoornissen en de mate van aanwezigheid van inspanningstolerantie en/of comorbiditeiten, vooral hart-, musculoskeletale en neurologische aandoeningen. We doen een ergospirometrie en een meting van perifere en respiratoire spierkracht

en van de lichaamscompositie. De patiënt doet een wandeltest van zes minuten, een nachtelijke oxymetrie zonder zuurstof en een klinisch nazicht door de fysisch geneesheer. De patiënt moet ook een vragenlijst invullen die polst naar de levenskwaliteit. De resultaten van al deze onderzoeken gebruiken we om een aangepast revalidatieprogramma op te stellen dat rekening houdt met de leeftijd, de ziekte, het stadium van de ziekte en de algemene toestand van de patiënt. Hierna starten we een groepsrevalidatie onder begeleiding van de respiratoir revalidatiearts, een ergotherapeut en een kinesist."



Wat houdt de revalidatie zelf precies in?

"Het revalidatieprogramma is multidisciplinair georganiseerd met, naast de revalidatiearts, ook kinesitherapeuten, diëtisten, een ergotherapeut, een sociaal werker en tabakoloog. Het revalidatieprogramma in ons ziekenhuis bestaat uit 60 sessies verspreid over zes maanden. De eerste drie maanden traint de patiënt driemaal per week, telkens één uur. De laatste drie maanden is dat tweemaal per week. De training zelf bestaat uit duurtraining en/of intervaltraining met krachttraining van de onderste en bovenste ledematen. Er wordt ook specifiek getraind op de ademspier. Indien de patiënt lijdt aan inspanningsgebonden desaturatie, ondersteunen we hem tijdens de training met zuurstoftherapie. De kinesisten reiken ondersteunende maatregelen aan zoals de geforceerde expiratie technieken, actieve drainagetechnieken en het aanleren van gebruik van hulpmiddelen als PEP en flutter. De ergotherapeut helpt dan weer met het inoefenen van activiteiten uit het dagelijks leven, al dan niet met hulpmiddelen. Tijdens het revalidatieprogramma is er ook aandacht voor voedingsadvies."

Patiënten kunnen in AZ Voorkepen een revalidatieprogramma volgen als ze voldoen aan specifieke voorwaarden: FEV1 kleiner dan 60% van de voorspelde waarde en/of desaturatie van 4% tijdens inspanning.

Volgende patiënten komen in aanmerking voor respiratoire revalidatie:

- » COPD
- » Interstitieel longlijden
- » Bronchiëctasieën
- » Mucoviscidose
- » Neuromusculaire en thoraxwand-aandoeningen die aanleiding geven tot restrictief longlijden
- » Astma bronchiale
- » Longkanker
- » Post thorax chirurgie
- » Longvolume reductiechirurgie
- » Pulmonaal arterieel hypertensie (PAH)
- » Pre en post longtransplantatie
- » COVID-19 longfibrose



Vernieuwingen thorax- en vaatheekunde

Stilstaan in een vooruitgaande wereld is gelijk aan achteruitgaan. De artsen van de discipline thorax- en vaatheekunde volgen de innovaties in hun vakgebied dan ook op de voet op.

In de thorax- en vaatheekunde neemt het belang van de endovasculaire technieken ieder jaar toe. Daarom bestudeert AZ Voorkepen de aankoop van een semi-hybride angiozaal. Het belangrijkste voordeel van deze zaal is dat ingrepen met grotere precisie en met diagnostische feedback kunnen gebeuren. Tegelijkertijd neemt de veiligheid voor de patiënt toe door minder stralings- en contrastbelasting.

De afgelopen tien jaar schoolden de vaatchirurgen zich om tot een volledig thoracoscopisch werkende dienst. Zowel diagnostische als therapeutische thoracale ingrepen worden met de nodige ervaring volledig thoracoscopisch uitgevoerd, wat het herstel van de patiënt ten goede komt en versnelt. Het team beschikt ook over de kennis en mogelijkheden om oncologische procedures, zoals een lobectomie of segmentectomie, uit te voeren.

Na meer dan 30 jaar tomeloze inzet ging dr. Michiel Van Betsbrugge eind 2021 met pensioen. Hij wordt opgevolgd door dr. Carmen Schoonjans, die met glans een zeer hoogstaande opleiding doorliep, met ook stages in het buitenland. "Zij is ongetwijfeld een versterking voor onze dienst en is reeds vertrouwd met het ziekenhuis en de collega's. De discipline thorax- en vaatheekunde is klaar om de komende jaren kwalitatief hoogstaande en warme zorg te verstrekken in AZ Voorkepen", besluit medisch diensthoofd dr. Roderik Deleersnijder.



dr. Roderik Deleersnijder
thorax- en vaatheekunde



dr. Carmen Schoonjans
thorax- en vaatheekunde



dr. Benoit Thomas
thorax- en vaatheekunde



dr. Karen Wustenberghs
thorax- en vaatheekunde

