

HEMODIALYSESTRATEGIEËN

INTERACTIEVE SESSIE IN ALDEN BIESEN (2003)

auteurs: **Eddy De Clerck, Johan De Mulder, Danny Droessaert**

Zo'n 35 personen hadden zich ingeschreven voor de sessie "dialysestrategieën". Een begrip die vele ladingen dekt. Het was ons vooral te doen om een discussie op gang te brengen tussen de gebruikers van de recente geavanceerde technieken op de dialysetoestellen. Al vlug bleek dat de grootgebruikers dun gezaaid waren.

Vooreerst werd, voor alle duidelijkheid en om discussies hieromtrent te vermijden, vermeld dat het geenszins ons bedoeling was om enige reclame te maken voor welke dialysefirma dan ook. Wanneer de naam van een firma gebruikt werd in onze uiteenzetting, was dit niet om publicitaire doeleinden maar gewoonweg om duidelijk te zijn.

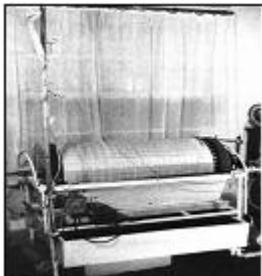
We begonnen met een poging tot chronologische rangschikking van de groei en de bloei van de dialyse.

Als eerste in de rij verscheen een zekere mister **Thomas Graham** die in 1854 een varkensblaas bestudeerde en tot de vaststelling kwam dat dit wel eens voor de geneeskunde gebruikt kon worden. Hij ontdekte de diffusie-eigenschappen van dit wonder van het varken.

Het duurde tot in 1925 tot **Dr. Haas** er in slaagde zoveel cellulose aan elkaar te knopen tot hij een oppervlak verkreeg waarmee hij kon dialyseren. Hij noemde het bloeduitwassing met behulp van dialyse.

Het was 1943 toen de Nederlander **Willem Kolff** de wasmachine van zijn vrouw omtoverde tot een echt bruikbaar dialysetoestel.

Na de oorlog ging de evolutie van de dialyse, gelijklopende met de evolutie van de toenmalige techniek, als een sneltrein.



De toestellen werden compacter, de controles nauwkeuriger en de kunstnieren efficiënter.

Begin de jaren 90 kwam het eerste bed-side toestel op de markt die de bedoeling had om naast wat het dialysetoestel deed iets extra te bieden waardoor de verpleegkundige de behandeling kon optimaliseren voor de patiënt: "**de crit-line**". Ik herinner mij zelf nog de stuntelige pogingen met een vaak tegenpruttelend toestel. Het gaf ons wel informatie die we tot dan toe niet hadden. We konden grafisch zien hoe het lichaam van de patiënt reageerde op de behandeling. Het gaf ons inzichten hoe we een dialyse beter konden laten verlopen voor de patiënt. Ondertussen is het toestel een begrip geworden in vele centra en hebben andere firma's een gelijkaardig toestel ontwikkeld.

En de evolutie ging verder. De systemen werden verder ontwikkeld en werden in de toestellen ingebouwd. Namen zoals **BVM, Hemoscan, Diascan en BVS** deden hun intrede. Ook hier stond de wetenschap niet stil en werd een biofeedback systeem ontwikkeld die de ultrafiltratie stuurt volgens het verloop van de meting van de

ingebouwde toestellen. Hier knelt nu het schoentje. In ons forum kon niemand ons zeggen hoe deze toestellen ingesteld moesten worden om een perfecte dialyse te bekomen. Alles blijft bij richtlijnen van de firma. Wat voor de ene patiënt geldt is niet zo voor de andere. Elke dialyse is anders. Vaak worden deze toestellen gebruikt bij patiënten die een moeilijke dialyse hebben omwille van een slechte therapietrouw. Mirakels mogen hier niet verwacht worden. Terecht werd opgemerkt dat de beste dialyse voor patiënten die veel bijkomen in gewicht een niet-tijdsgebonden dialyse is die het ritme van het lichaam van de patiënt volgt. Probleem hier is het overtuigen van die niet-compliance patiënt om langer te dialyseren.

Een volgende ontwikkeling was is het on-line meten van de efficiëntie van de klaring. Bij de ene Diascan, bij de andere OCM. What's in a name?

Interessante toepassingen die de dialyse kunnen optimaliseren. Slechts weinig aanwezigen kenden het systeem.



De **Quantiscan**, het systeem van Hospal die een representatief staal aflevert van de totale verwijderde hoeveelheid opgeloste stoffen brengt een oplossing voor het vroegere verzamelen van het gebruikte dialysaat. Ook van deze vernieuwing had niemand kaas gegeten.

Als laatste nieuwe technische vernuft werd een uitbreiding van de Crit-line voorgesteld. Het betreft hier de mogelijkheid om op een elegante manier de interne flow van de fistel te meten.

Het biedt de mogelijkheid om voortijdig problemen ter hoogte van de bloedtoegang op te sporen en te behandelen. Een aantal mensen hadden met een gelijkaardig toestel van een andere firma goede resultaten.

Ik stelde de vraag waar de plaats van de verpleegkundige is in deze technieken. Wie stelt in, wie volgt op? We hebben een medisch voorschrift voor de behandeling. Dit voorschrift kan uitgebreid zijn maar kan ook enkel de noodzakelijke gegevens bevatten om een dialyse op te starten. Het lijkt mij moeilijk om als arts een volledig voorschrift voor bijvoorbeeld een volumemeting voor te schrijven. Niet alleen cijfermatige gegevens zijn hier belangrijk maar ook praktische patiëntgebonden zaken. Rechttop zitten of platliggen heeft al een invloed op de veranderingen in het bloedvolume. Eten, stress, totaal bijgekomen gewicht en nog tal van andere zaken die rechtstreeks patiëntgebonden zijn en niet in een voorschrift gegoten kunnen worden bepalen het welslagen van de dialyse. Allicht lijkt het me best dat het gebruik van wat ik zou benoemen als technische hulpmiddelen een zaak is die in samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen moet gebeuren. En allicht zal het de verpleegkundige zijn die hier omwille van het dagdagelijkse gebruik de meeste expertise zal verwerven.

Hiermee wil ik ook duiden dat, om met dergelijke zaken te werken, ook tijd op de afdeling moet vrijgemaakt worden, wil men tot een effectieve toepassing komen.

Als laatste, back to basics, bekeken wij de **Genius**, een toestel van Fresenius die geen gebruik maakt van toeters en bellen en blijkbaar toch voor een even efficiënte dialyse kan zorgen.



We kunnen besluiten met het feit dat al deze **'toeters en bellen' 'technische hulpmiddelen'** zijn en blijven voor zowel patient als verpleegkundige om een 'kwaliteitsdialyse' na te streven, maar dat vooral de **'klinische observatie'** van de patient door de verpleegkundige minstens even belangrijk blijft!

Misschien kwam deze 'interactieve sessie' voor een aantal verpleegkundigen nog wat vroeg en was er meer nood aan een 'educatieve sessie'. Velen bleken nog te weinig vertrouwd in de praktijk met de opgesomde technische nieuwigheden. Ongetwijfeld zal dit in de toekomst nog wel veranderen... en kunnen we binnen afzienbare tijd dan komen tot een nog meer 'interactieve sessie'!

Wij wensen alle aanwezigen te danken voor hun interesse en actieve deelname!

Vorbereiding van de interactieve sessie en auteurs

Eddy De Clerck – Sint-Lucas Brugge

Johan De Mulder – Sint-Augustinus Wilrijk

Danny Droessaert – Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Aalst