



Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel scoort sterk in onderzoek naar longchirurgie



Dr. Stefan Reher (links)
en dr. Jeremy De Brauwer

Het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel kan uitstekende resultaten voorleggen voor thorax- en longchirurgie. Dat blijkt uit recente kwaliteitscontroles die de overheid bij de Vlaamse ziekenhuizen heeft uitgevoerd.

De resultaten van de controles werden gepubliceerd in De Standaard en De Tijd. De dienst Thorax- en Vaatchirurgie van het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel scoort uitstekend in het onderzoek. Ons ziekenhuis heeft dan ook een rijke ervaring in dit domein opgebouwd.

In de helft van de Vlaamse ziekenhuizen worden te weinig longoperaties verricht. Daardoor ontstaat een gebrek aan expertise en dreigen deze centra het recht om deze zware ingrepen uit te voeren te verliezen.

In het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel worden al meer dan 20 jaar succesvol longoperaties uitgevoerd. Het gaat om open longoperaties,

thoracoscopische ingrepen voor diagnostische en therapeutische doeleinden, mediastinoscopies, resectie van mediastinumtumoren en poortimplantaties voor chemotherapie bij longcarcinoma. Volgens een recent rapport van het Riziv bedraagt de postoperatieve mortaliteit in ons ziekenhuis 0%. Het jaarlijkse aantal geopereerde patiënten beantwoordt ook aan de vereisten die het Riziv stelt (meer dan 10 patiënten per jaar).

Nieuwe technieken

Sinds kort voert ons ziekenhuis ook thoracoscopische lobectomies en pneumonectomies uit. Daardoor vermindert de postoperatieve pijn en

herwint de patiënt sneller zijn mobiliteit.

Bij diagnose van longkanker wordt elke patiënt op het multidisciplinair overleg (MOC) besproken met pneumologen, oncologen, radiotherapeuten en thoraxchirurgen. Zo wordt de beste therapie voor patiënten met longcarcinoma gegarandeerd. Jammer genoeg komt slechts een zeer klein gedeelte van de kankerpatiënten in aanmerking voor curatieve longchirurgie. Veel patiënten vertonen bij hun diagnose reeds uitzaaiingen op afstand, zodat ze alleen nog kunnen behandeld worden met radio- en chemotherapie. Patiënten die wel geopereerd kunnen worden, hebben in Geel de allerbeste kansen op een volledige genezing.

– Dr. Stefan Reher en
Dr. Jeremy De Brauwer
Thorax- en vaatchirurgen

WOORD VOORAF

Het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel blijft mooie resultaten behalen in onafhankelijk onderzoek. Met enige trots berichtten we in onze vorige nieuwsbrieven over de erkenning die ons ziekenhuis te beurt viel voor ons borstcentrum, onze heupchirurgie en ons multidisciplinair Parkinsonprogramma. Nu mogen we de loftrampet bovenhalen voor onze longchirurgie. In een recent rapport bevindt ons ziekenhuis zich in het gezelschap van grote, soms universitaire ziekenhuizen. Dr. Stefan Reher en dr. Jeremy De Brauwer schreven een boeiende bijdrage over de long- en thoraxchirurgie in ons ziekenhuis.

In een recent rapport bevindt ons ziekenhuis zich in het gezelschap van universitaire ziekenhuizen.

In het recentste periodiek van het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg) kregen we in een apart artikel dan weer uitstekende punten voor ons werk op het gebied van medicatiebehandeling en -toediening.

Zoals hierboven al gezegd: ons Parkinsonprogramma scoort! Verderop vindt u meer info over de internationale erkenning en een uitgebreide bijdrage over het programma zelf. Dr. Deroo, medisch diensthoofd urologie, is een gewaardeerd en trouw auteur voor onze nieuwsbrief. →



Wissel van de wacht

→ Voor dit nummer schreef hij een artikel over de uretero-rensoscopische laserbehandeling van ureterstenen. Een ingekorte versie daarvan brengen we op pagina 4. De volledige versie vindt u op onze website.

Naast de medische aspecten is er ook beweging in het bestuur van het ziekenhuis. Meer daarover vindt u op deze pagina.

Enkele weken geleden kwam ons ziekenhuis ook in de media met bouwkundig nieuws. Het parkeergebouw en de facelift van het voorplein kregen de nodige aandacht van de lokale pers. Vergeet ook niet onze agenda te raadplegen. In september hebben we voor onze huisartsen en andere geïnteresseerden twee evenementen. Benieuwd? Over naar pagina 8. •

Dr. Marnix Goethals wordt de nieuwe Algemeen Directeur van het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel. Dat besluit nam de Raad van Bestuur op 28 april 2016. Dokter Goethals volgt Willy Verbraeken op, die eind dit jaar met pensioen gaat.

Dr. Goethals heeft als specialist cardiologie een lange staat van dienst in tal van leidinggevende functies. In 1988 studeerde hij met grote onderscheiding af als arts aan de Universiteit Antwerpen, waar hij later gastdocent werd. Als specialist cardiologie stond hij enkele jaren aan het hoofd van de Belgian Heart Rhythm Association en zetelde hij in het dagelijks bestuur van de Belgische Vereniging voor Cardiologie. In het UZA bouwde dokter Goethals als stafleid en kliniekhoofd de hartritme-eenheid uit. In het Heilig Hartziekenhuis van Roeselare-Menen was dr. Goethals twaalf jaar actief. Hij was er hoofd van de hartritme-kliniek en diensthoofd en groepsvoorzitter

inwendige ziekten. Op dit moment werkt dr. Goethals nog als medisch directeur in het Mariaziekenhuis in Overpelt. Hij is ook actief binnen het bestuur van het Vlaams Indicatoren Project (VIP²) en rondde onlangs een MBA-opleiding af aan de Vlerick Business School.

Dr. Goethals treedt op 1 augustus in dienst van het ziekenhuis en zal in het najaar de functie van algemeen directeur opnemen. Het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel heet hem van harte welkom. Graag danken we hier ook onze huidige algemeen directeur Willy Verbraeken. Tijdens zijn 23-jarige loopbaan in het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel wist hij een structureel verlieslatend ziekenhuis weer op de kaart te zetten en uit te bouwen tot een financieel gezond bedrijf. Zijn enorme dossierkennis en doortastende wijze van onderhandelen zijn hier zeker niet vreemd aan. We wensen hem alvast een zalig en ongetwijfeld actief pensioen toe. •

Dr. Guido Leysens opgevolgd door dr. Liesbeth Cornelissen



Eind december beëindigde dr. Guido Leysens zijn loopbaan als radioloog in het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel. We danken hem van harte voor zijn jarenlange gedreven inzet op de dienst radiologie, waarvan een groot deel als diensthoofd. Hij was een gemotiveerde arts, tot en met zijn laatste officiële werkdag. In het ziekenhuis werd hij ook gewaardeerd voor zijn actieve inbreng als lid van de medische raad en andere commissies.



Dr. Leysens werd opgevolgd door dr. Liesbeth Cornelissen. Zij ging in juni 2015 van start op de dienst radiologie en heeft een bijzondere interesse in borstradiologie en gynaecologische nmr. Na haar specialisatie radiologie aan de K.U. Leuven volgde ze een extra bekwaaming in de borstradiologie in het U.Z. Gasthuisberg Leuven en het Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York en in de pelvische en gynaecologische nmr aan het Imperial College in London. •



Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel plant permanente oplossing parkeerproblematiek

In overleg met het stadsbestuur heeft het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel onlangs het bestaande dossier over een parkeergebouw heropend. De inplanting van zo'n parkeergebouw op de locatie van de

huidige bezoekersparking zou een adequate oplossing bieden voor de parkeerproblemen in de buurt. De gesprekken met alle betrokken partners worden volop gevoerd. Een eerder plan voor de

uitbouw van een extra parking op het voormalige voetbalterrein is intussen van de baan. Een aantrekkelijke en ecologisch verantwoorde inplanting zou te veel parkeerplaatsen kosten. Daardoor zou de extra parking het probleem nooit helemaal oplossen. Tijdens de werken zullen bezoekers hun toevlucht moeten nemen tot beschikbare percelen in de nabije omgeving. Daarom zal parkeren op het braakliggende terrein aan het waterbekken gedurende de aanvraag en de uitvoering van de werken worden gedoogd. Intussen zijn ook de werken aan het voorplein van het ziekenhuis begonnen. De herinrichting moet de verkeersstroom aan de voorkant optimaliseren en veiliger maken voor zwakke weggebruikers. •

Aanpak op maat zet zorg voor mama en kind thuis verder

De laatste maanden is er veel te doen geweest over de verblijfsduur van een pas bevallen moeder op de materniteit. De overheid wil niets liever dan iedereen zo snel mogelijk naar huis sturen. Ziekenhuizen die hier niet aan meewerken, krijgen minder financiering dan noodzakelijk is.

Samen met de gynaecologen en de kinderartsen van ons ziekenhuis zijn we gaan nadenken over de vraag hoe we de zorg voor onze zwangere en pas bevallen mama's in dit veranderende landschap kunnen optimaliseren. De tevredenheid van de patiënt en de kwaliteit van de zorg voor moeder en kind blijven voor ons prioritair. We willen dan ook alles in het werk stellen om van de zwangerschap en de kraamtijd de mooiste ervaring in een mensenleven te maken. Uit die denkoefening, en na overleg hierover met de huisartsen, is een nieuw zorgmodel gegroeid.

Zorg op maat

De materniteit is een open afdeling. Dat wil zeggen dat mensen altijd vroeger naar huis mogen als ze dat zelf wensen. Ons advies luidt wel dat zowel mama als baby best aan een aantal ontslagcriteria



De kwaliteit van de zorg voor moeder en kind blijft voor ons prioritair. We stellen alles in het werk om van de zwangerschap en de kraamtijd de mooiste ervaring in een mensenleven te maken.

voldoen voor ze de materniteit kunnen verlaten. We denken bijvoorbeeld aan stabiele parameters voor mama en baby, een baby die vlot drinkgedrag vertoont en ouders die alarmsignalen kunnen herkennen. Sommige mensen voldoen al heel snel aan deze criteria. Bij anderen duurt het wat langer. Ons ziekenhuis wil niet iedereen over dezelfde kam scheren, maar zorg bieden op maat van het gezin.

Vroedvrouwen

We werken al enkele jaren zeer nauw samen met zelfstandige vroedvrouwen die

de verloskundige zorgen voor moeder en kind na het verblijf in het ziekenhuis naadloos van ons overnemen. Om de noden van elk gezin zo nauwkeurig mogelijk in te schatten, willen we voortaan de vroedvrouwen al voor de geboorte met het gezin in contact brengen. Dat zal gebeuren rond de 28ste zwangerschapsweek. Rond de 26ste week komt de moeder voor de suikertest bij de vroedvrouw in het ziekenhuis. Op dat moment neemt de vroedvrouw uit het ziekenhuis contact op met de zelfstandige vroedvrouw in de regio van de patiënt. Die contacteert op

haar beurt de moeder voor een eerste bezoek aan huis. Samen kunnen ze een plan opstellen om de postnatale periode zorgeloos te laten verlopen. Daarbij wordt nagegaan of er na de geboorte nog extra hulp noodzakelijk is. We denken daarbij aan kraamzorg of aan thuisbegeleiding voor moeders die sociaal zwakker staan. Bij het ontslag uit het ziekenhuis wordt de zelfstandige vroedvrouw opnieuw gecontacteerd, zodat ze moeder en kind thuis verder kan opvolgen.

Optimale begeleiding

In onze samenwerking met vroedvrouwen, gynaecologen, huisartsen en kinderartsen staan deze partners elkaar steeds met raad en daad bij. Zo kan de patiënt altijd rekenen op de best mogelijke zorg, zowel in het ziekenhuis als thuis. Bijna alle zorgen die we in het ziekenhuis geven, worden thuis door hen verdergezet. Op die manier zetten we maximaal in op een optimale begeleiding op maat voor de kersverse ouders, zodat ze ten volle van deze heugelijke periode kunnen genieten.

– Dr. Wim Vergauwen,
Kinderarts, en An Segers, Hoofd-
verpleegkundige Materniteit

Clip-on kribbe versterkt moeder-kindbinding

Frequent huidcontact met een pasgeborene is belangrijk voor het ontwikkelen van een duurzame moeder-kindbinding. Maar soms is dat niet zo makkelijk. Denk bijvoorbeeld aan bedlegerige moeders na een keizersnede. Daarom gebruiken we op de dienst materniteit unieke Clip-on kribbes. Dat zijn wiegies in de vorm van een halve cirkel die je aan het bed van de moeder kan bevestigen.

Omdat de baby even hoog ligt als de moeder, kan ze vanuit haar bed haar baby zelf aanraken of naar zich toehalen, zonder tussenkomst van een vroedvrouw. Zo kan de moeder-kindbinding vanaf de geboorte worden bestendigd. De moeder voelt zich minder hulpeloos en kan haar baby makkelijker borstvoeding geven. Omdat de baby een eigen plekje en een eigen deken



heeft, is het systeem perfect veilig en is er geen verhoogd risico op wiegendood. De

baby kan ook niet uit zijn wiegje vallen, ook al verlaat de moeder haar bed. •

Holmium-YAG laser vergruist nier- en urinewegstenen via uretero-renoscopische weg

De technologische evolutie heeft de therapeutische benadering van nier- en urinewegstenen grondig veranderd. Naast de niersteenvergruizer is er ook de uretero-renoscopie, al dan niet met vergruizing. Daarbij is het gebruik van de Holmium-YAG laser (Yttrium-Aluminum-Garnet) in combinatie met uretero-renoscopie in opmars.

Een uretero-renoscopie is een kijkoperatie van de urineleiders en de nieren met behulp van een endoscopisch instrument, de uretero-renoscoop. Een uretero-renoscopie kan worden uitgevoerd om diagnostische of therapeutische redenen. Tijdens een uretero-renoscopie kunnen ook laag gelegen stenen verwijderd of verbrijzeld worden. De laatste 20 jaar heeft de uretero-renoscopie opgang gemaakt. Hierbij worden smalle endoscopische instrumenten via de urinebuis en de blaas opgevoerd in de urineleider, eventueel tot in de nier. Deze techniek kent een toenemend succes door de introductie van de semi-rigide en flexibele uretero-renoscoop.

Steentjes wegspoelen

Elke techniek om nierstenen te verwijderen, heeft eigen

voor- en nadelen die goed moeten worden afgewogen. Er is ook altijd een risico dat omliggende weefsels beschadigd raken of dat er niet snel genoeg kan worden opgetreden en er schade ontstaat aan de nieren.

Bij kleine stenen kan pijnstilling en veel drinken gewoonlijk volstaan. Op die manier kunnen ze weggespoeld worden zonder al te veel inspanningen of inzet van materiaal. Soms schrijft de arts geneesmiddelen voor die de spieren in de urineleiders helpen ontspannen, zodat deze wat breder worden en de steen er gemakkelijker doorheen kan.

Kleine stenen weghalen

Stenen die niet spontaan worden afgedreven, vereisen andere behandelingstechnieken. Kleine stenen in de urineleider kunnen uretero-renoscopisch worden verwijderd. Een uretero-renoscoop is een buisje waar de arts doorheen kan kijken of waar een camera-oog op zit. Er kunnen ook dunne instrumenten doorheen glijden. Via een dunne endoscoop kan de arts via de urinebuis en de blaas in de urineleider gaan kijken waar de steen zich ergens bevindt. Vervolgens kan hij deze met een speciaal grijptertje vastnemen en weghalen. Deze



techniek kan alleen worden toegepast als de steen nog klein genoeg is om op een normale wijze door de urineleider te passeren.

Grote stenen vergruizen

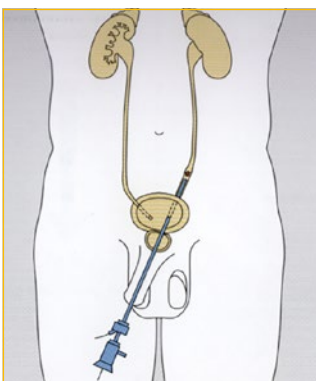
Grotere stenen in de urineleider kunnen via uretero-renoscopische laserbehandeling worden verpulverd tot kleine brokstukjes. Die worden zonder moeite met de urine uitgespoeld, maar kunnen ook met een grijptertje worden weggehaald. Deze techniek vereist de nodige ervaring en handigheid, omdat anders de binnenkant van de urineleider kan beschadigd worden. Met een flexibele kijker en laserapparatuur is het ook mogelijk om alle soorten

nierstenen te vergruizen. Dat gebeurt via een ingreep die plaatsvindt in de operatiekamer, onder controle van röntgenbeelden. De operatie duurt 15 tot 60 minuten, afhankelijk van de lokalisatie en de grootte van de uretersteen. De ingreep gebeurt altijd onder volledige narcose omdat de patiënt niet mag bewegen.

Afhankelijk van de zwelling na het manipuleren, wordt soms aansluitend een DJ-stent in de urineleider geplaatst. De stent krult aan beide zijden en blijft daardoor goed ter plaatse. De stent wordt vooral geplaatst om koliekpijn na de operatie te voorkomen. Het buisje wordt later op de raadpleging weer verwijderd.

Soms belet een zwelling rond de steen de beoogde vergruizing. In dat geval wordt tijdelijk een DJ-stent langs de steen geplaatst om de zwelling te doen verdwijnen. Later wordt de uretero-renoscopie opnieuw uitgevoerd. Meestal kan de steen dan probleemloos worden behandeld. Voor ureterstenen tot aan de Pyelo-Ureterale Junctie (PUJ) wordt een semi-rigide ureterorenoscoop gebruikt. Stenen boven de PUJ kunnen worden verwijderd met een flexibele uretero-renoscoop, die de stenen in alle nierkelkjes kan benaderen.

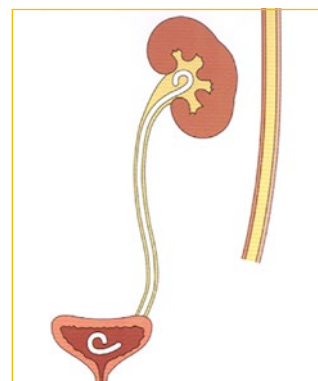
De uretero-renoscoop wordt via de urinebuis in de urineleider gebracht.



Kleine steentjes kunnen met een grijptertje worden weggehaald.



Een DJ-stent kan koliekpijn na de ingreep voorkomen.



Voetkliniek biedt multidisciplinaire aanpak

Als de stenen te groot zijn, is eerst verdere steenfragmentatie nodig. Die gebeurt meer en meer met de laser. Het gebruik van de Holmium-YAG laser levert daarbij de beste resultaten op.

Holmium YAG laser

De Holmium-YAG laser is een pulserende laser die lichtenergie uitzendt met een golflengte van 2100 nm. Uiteraard is het van groot belang dat er enkel contact is tussen de laser en de steen, zonder contact met de mucosa. Contact tussen de laser en de wand kan schade of perforatie veroorzaken. De laserstraal van de Holmium-YAG laser heeft een thermische penetratiediepte van 0,4 mm en wordt goed geabsorbeerd door water. Dat betekent dat het netvlies van de uroloog alleen kan beschadigd worden bij een afstand die kleiner is dan 10 cm. In ons ziekenhuis gebruiken we een Holmium-YAG laser met een maximaal vermogen van 20 Watt. De frequentie en de energie-instellingen variëren afhankelijk van de lokalisatie en de hardheid van

de steen. De energie voor de Holmium-YAG laser wordt geleverd via een flexibele fiber met een diameter van 200 tot 1000 micrometer. De laser kan gebruikt worden in combinatie met dunne semi-rigide of flexibele scopen.

Therapeutische ureterorenoscopie biedt het voordeel dat het om een minimaal invasieve techniek gaat, met een vrij lage kans op complicaties. Uiteraard zijn de toegepaste techniek en de chirurgische ervaring hierbij van groot belang. Mogelijke complicaties na de ingreep zijn uretertrauma, ureterperforatie, hematurie, infectie en koliekpijn ten gevolge van residueel oedeem.

Onderzoek wijst uit dat niersteenvergruizing met de Holmium-YAG laser uitermate efficiënt is bij elke soort nier- of urinewegsteen, met om het even welke chemische samenstelling. De beste resultaten werden bekomen bij stenen ter hoogte van de distale ureter en het sacro-iliacaal gewricht.

– Dr. F. Deroo
Diensthofd Urologie



Vaak raken mensen met voetproblemen de weg kwijt in de gezondheidszorg. Omdat de problematiek complex is, gaan ze van de ene naar de andere specialiteit, op zoek naar een oplossing voor hun probleem. Zo gaat er kostbare tijd verloren en worden de risico's op complicaties alsnog groter. Met de voetkliniek wil het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel deze problematiek efficiënter aanpakken.

Voetproblemen worden dikwijls miskend en onderschat. Wat begint als een klein ongemak, kan uitgroeien tot een ernstig probleem dat te lang onbehandeld blijft. Diabetespatiënten lopen daarbij nog een hoger risico, omdat zij minder pijn voelen, kampen met een afgenomen bloedcirculatie en minder soepele gewrichten hebben.

Mensen met voetproblemen of wonden aan de voet (tot aan de enkel) en diabetespatiënten kunnen bij ons terecht voor een multidisciplinaire aanpak van hun probleem. We stellen voor hen op korte termijn een

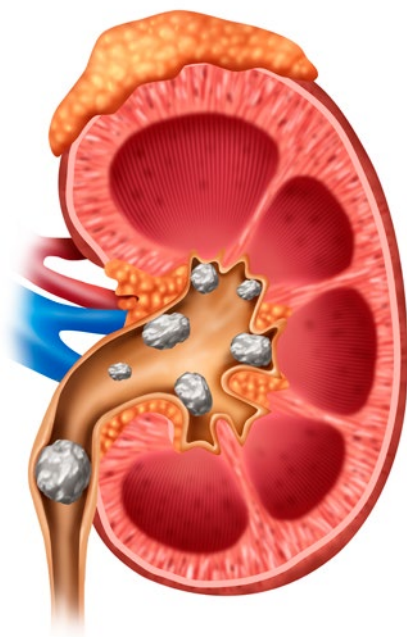
duidelijk behandelplan op voor een adequate aanpak van het probleem.

Bij de raadpleging is steeds een vasculair of orthopedisch chirurg en een verpleegkundige aanwezig. Er is ook overleg mogelijk met de endocrinoloog, dermatoloog of plastisch chirurg. Zo nodig kan ook de diabetes-educator aanwezig zijn.

De nodige onderzoeken of ingrepen kunnen op korte termijn worden gepland en uitgevoerd. De wondconsulente maakt een wondzorgplan en er wordt zo nodig een afspraak gemaakt met de bandagist of podoloog. Alle betrokken partijen krijgen toegang tot het dossier van de patiënt en er is steeds nauw contact met de huisarts en de thuisverpleegkundige.

– Ann Geukens, Referentie-verpleegkundige Wondzorg

> Afspraken voor een consultatie worden gemaakt via het secretariaat van de afdeling Heelkunde, op het nummer 014 57 70 21. De raadplegingen vinden elke week plaats op dinsdagnamiddag, van 13 tot 17 uur.



Project voor Parkinsonrevalidatie internationaal erkend



De ziekte van Parkinson is een neurodegeneratieve aandoening die gepaard gaat met gradueel functioneel verlies, vooral op motorisch vlak. Vaak doen zich na verloop van tijd ook problemen voor op andere gebieden, zoals slikken, praten en het geheugen. Vanuit onze ervaring met neurologische revalidatie besloot ons ziekenhuis in 2015 een programma op te starten dat zich specifiek richt tot de Parkinsonpatiënt.

Het gaat om een multidisciplinair oefenprogramma waarin patiënten actief aan de slag gaan. Gedurende twaalf weken komen ze tweemaal per week revalideren. Ze leren er via allerhande technieken en strategieën efficiënt omgaan met de symptomen en de problemen die de ziekte met zich meebrengt. De belangrijkste doelstelling van de revalidatie is zo lang mogelijk actief blijven en vrij kunnen bewegen. In de eerste week is er een infosessie waarin de revalidatiearts uitleg geeft over de aandoening en de mogelijke gevolgen. De kinesitherapeuten en ergotherapeuten tonen de patiënten aan de hand van oefeningen hoe ze met hun beperkingen kunnen omgaan. Op dinsdag is er een aantal

themalessen, met herhaling en uitdieping op vrijdag. Onderwerpen die aan bod komen, zijn transfers, stappen-trappen, stretchen, dubbeltaken, valpreventie, evenwicht en keukenbad-bed. Aan het einde van de revalidatie volgt een grote herhalingsles en een partnerspel, waarin de therapeuten de naasten van de patiënt tonen hoe zij hem het beste kunnen helpen. Bij het begin en op het einde van de revalidatie wordt de patiënt getest om vast te stellen of er na de revalidatie vooruitgang is gemaakt.

Multidisciplinair

Tijdens de multiles komt de patiënt (met zijn partner) bij drie verschillende disciplines. De logopediste informeert hen over mogelijke slik- en spraakproblemen. De sociaal verpleegkundige bespreekt met

Een deel van het Parkinsonteam. Staand, van links naar rechts: dr. Mineke Viaene, dr. Jo Leenders, dr. Goedele Malfroid, Hoofdverpleegkundige Elke Ooms, dr. Harald De Cauwer, dr. Tine Logghe, psychologe Ilse Sanne, therapeuten Bart De Smet en Tessa Cuyvers en dr. Joke Uijtewaal. Zittend, van links naar rechts: therapeuten Jantine Verschueren, Ann Cordie, Christa Christiaensen, Sofie Huysmans en Gitte Sommen

hen welke voorzieningen en aanpassingen mogelijk zijn om de levensomstandigheden te verbeteren. De psychologe bekijkt samen met hen de impact van de diagnose op het emotioneel welzijn. Gedurende het verloop van het programma is zij steeds beschikbaar op dinsdag, en op aanvraag ook op vrijdag, tijdens de uren van de revalidatie. Patiënten kunnen bij haar terecht voor extra ondersteuning bij het aanvaarden en verwerken van de ziekte en de gevolgen. Tijdens de revalidatie voorziet ze ook een korte introductie tot mindfulness.

Deelnemen

Patiënten die wensen deel te nemen aan de revalidatie, kunnen via het secretariaat van fysische geneeskunde een afspraak maken met onze revalidatiearts, dr. J. Uijtewaal. Zij bepaalt of een patiënt voldoet aan de criteria om deel te nemen. Het is belangrijk dat de patiënt zich in een vroege fase van de ziekte bevindt en dat hij over voldoende cognitieve vaardigheden beschikt. Daarnaast moeten patiënten in groep meekunnen en is het belangrijk dat andere medische factoren onder controle zijn. Patiënten voor wie het programma niet aangewezen is, kunnen uiteraard ook geholpen worden met individuele revalidatie. De deelnemers kunnen hun individuele kinesitherapie ook verderzetten tijdens het verloop van de revalidatie. Na het volgen van de Parkinsonrevalidatie krijgen de patiënten de mogelijkheid om, tot twee jaar na het beëindigen van de revalidatie, eenmaal per week gedurende een uur herhalings- of onderhoudslessen te volgen. Deze lessen vinden

steeds plaats op maandag en zijn alleen toegankelijk voor patiënten die het revalidatieprogramma hebben gevolgd.

Project P op congres

Tijdig investeren in revalidatie houdt mensen langer fit en mobiel. We willen dan ook graag patiënten die nog niet meteen aan revalidatie denken over de streep trekken. Dat ons programma vernieuwend en efficiënt is, wordt in vakkringen erkend. Enkele enthousiaste medewerkers dienden in het najaar van 2015 het programma onder de naam 'Project P' in voor een wedstrijd van het Ondersteunings- en Kenniscentrum Ergotherapie (OKE, een werkcél binnen het Vlaams Ergotherapeutenverbond). In februari 2016 bleek dat ons programma de hoofdprijs had weggekaapt. De beloning bestaat uit een gratis toegangsticket tot het gerenommeerde Cotec-Enothe Congres voor ergotherapeuten in het Ierse Galway, waar we het project mochten presenteren voor een internationaal publiek. Het was een unieke gelegenheid om ons te begeven tussen de grote namen in de ergotherapie en ons te verdiepen in de hedendaagse inzichten binnen ons vakgebied. Zelf een lezing mogen geven, in een uitgebreid programma van lezingen door specialisten van universiteiten uit de Verenigde Staten, Canada en het Verenigd Koninkrijk, was voor ons de kers op de taart.

– Ilse Sannen
Coördinator/psycholoog
Tel. 014 57 73 26

In februari 2016 bleek dat ons programma de hoofdprijs had weggekaapt. We mochten ons programma presenteren voor een internationaal publiek op het Cotec-Enothe Congres voor ergotherapeuten in het Ierse Galway.

> Patiënten die wensen deel te nemen aan het programma, kunnen voor een afspraak terecht bij het secretariaat van fysische geneeskunde en revalidatie op het nummer 014 57 70 35.

Nieuwe procedure stroomlijnt medicatiebeheer

In de dagelijkse werking van een ziekenhuis is medicatiebeheer een cruciaal gegeven. Het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel heeft het hele medicatiegebeuren onder de loep genomen om een en ander te optimaliseren. Resultaat: een hele reeks aanpassingen die de risico's verkleinen en de efficiëntie vergroten.

In oktober 2012 begon het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel met een prospectieve risico-inventarisatie rond medicatiedistributie op de hospitalisatieafdelingen. Alle stappen, van voorschrift tot toediening aan de patiënt, werden kritisch onder de loep genomen. Einddoel van het project was het opstellen van een procedure voor medicatiedistributie op de verpleegafdeling voor het hele ziekenhuis.

Praktische aanpassingen

Voor de opslag en bewaring van medicatie op de verpleegafdeling werd geopteerd voor eenvoudige en praktische aanpassingen. Eerst werd een stocktelling van de aanwezige medicatievoorraad uitgevoerd. Dat resulteerde in een aanzienlijke vermindering van de voorraden op de verpleegafdeling. Daarna werden 'lean'-principes toegepast om de medicatie op de dienst te bewaren. In de praktijk betekent dit dat alle medicatie

(per os en intraveneus) alfabetisch in de kasten wordt gerangschikt, voorzien van een duidelijk label met vermelding van naam en dosis.

De afgesproken procedure wordt in het hele ziekenhuis gevolgd. Achter het geneesmiddel wordt een label aangebracht en elk geneesmiddel krijgt een apart vakje in de lade. Is er één geneesmiddel met verschillende dosissen, dan worden die elk in een apart vakje bewaard. Aan de buitenkant van de medicatiekast wordt een A4-label aangebracht waarop de inhoud van de kast wordt vermeld. Om het overzicht in de perfusie-kast te behouden, werden kleurenkaarten ontwikkeld. Elke lade met perfusies krijgt een gekleurd label: rood voor Glucose 5%, blauw voor Plasmalyte, groen voor NaCl 0,9% en geel voor Glucose 5% + NaCl 0,45%.

Kleinere voorraden

Verder werd de opslag en het beheer van hoogrisicomedicatie grondig hervormd. In overleg met de apotheker-hoofd van dienst werd beslist om de voorraden ingrijpend te verkleinen. Daardoor is er op de verpleegafdelingen nog slechts een voorraad voor maximum twee weken aanwezig. De diensten moeten ook een keuze maken tussen verschillende producten: MgSO₄ 1g of 3g en NaCl 3g of 6g. De aanwezigheid van beide dosissen is niet langer toegelaten. Elke maand wordt de hoogrisicomedicatie gecontroleerd aan de hand van een checklist.

Koelkasten

De koelkasten op de verpleegafdeling kregen ook een label aan de buitenzijde. Dat geeft aan waarvoor de koelkast wordt gebruikt: voor voeding voor de patiënten, voor medicatie of voor het personeel. Medicatie die koel moet bewaard worden, mag enkel aanwezig zijn in de koelkast voor medicatie. Ook



Stafmedewerker Inge De Busser (links) en hoofdverpleegkundige Ann Mertens

Op de Netwerkdag van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg noemde directeur Kees Van Dun ons project rond medicatiebeheer een kwaliteitsproject bij uitstek.

hier werd een stocktelling met vermindering van de voorraad doorgevoerd. Er wordt voortaan een standaard recipiënt gebruikt voor het ordelijk bewaren en labelen van de medicatie. De inhoud van de medicatiekoelkast wordt elke maand gecontroleerd. Aansluitend werden nog enkele andere maatregelen doorgevoerd. Multidosispreparaten krijgen een standaard sticker met de vermelding van de houdbaarheid. Verdovende middelen worden bewaard in een afgesloten kastje. De sleutel van dat kastje wordt apart bewaard en de voorraad wordt elke week gecontroleerd aan de hand van een checklist. Voor de distributie van medicatie aan de patiënten werden afsluitbare en overzichtelijk te organiseren medicatiekarren aangekocht. Voor het welslagen van dit project was de medewerking van

onze equipe hoofdverpleegkundigen cruciaal. Hoofdverpleegkundige Ann Mertens bracht tal van praktische oplossingen aan, zoals de kleurenkaarten voor de perfusiekaarten en de standaard recipiënten voor de koelkasten. Nieuwe ideeën om het medicatiegebeuren verder te optimaliseren worden regelmatig met haar besproken.

Kwaliteitsproject

Op de NIAZ Netwerkdag, die plaatsvond op 16 maart 2016, kon ik in naam van ons ziekenhuis dieper ingaan op het thema 'Opslag en bewaring van medicatie'. Kees Van Dun, directeur van het NIAZ, citeerde het verbeterproject van ons ziekenhuis als kwaliteitsproject bij uitstek, en wel om drie redenen. Vooreerst is de nieuwe procedure veiliger voor de patiënt omdat het risico op fouten wordt verkleind. De nieuwe werkwijze is ook aangenaam voor de verpleegkundige omdat er meer overzicht, structuur en orde in het medicatiegebeuren komt. Tot slot is het project ook kostenbesparend omdat de medicatievoorraden op alle verpleegdiensten aanzienlijk worden verkleind.

– Inge De Busser, Stafmedewerker Patiëntveiligheid



Niersteenvergruizer behandelt patiënten met veel succes



Eén jaar na de ingebruikname van de nieuwe niersteenvergruizer in mei 2015 werden al 240 patiënten in het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel behandeld. De succesratio van deze behandeling bedraagt 82%, een zéér goed resultaat. Intussen blijft de dienst Urologie verder bouwen aan de toekomst. Vanaf 1 januari

2017 wordt de afdeling uitgebreid met een derde uroloog, dr. Philip Den Hollander. Rond die tijd worden ook vernieuwende laparoscopische behandelingen mogelijk, dankzij de gloednieuwe 3D-toren die dan operationeel wordt.

– Dr. Frank Deroo
Diensthoofd Urologie

Huisartsen en dienst Spoedgevallen werken intenser samen



Huisartsen, de huisartsenwachtpost en de dienst spoedgevallen werken dagelijks intens met elkaar samen. Regelmatig wordt nagegaan of en hoe de communicatie, de doorverwijzing en de samenwerking nog kunnen worden verbeterd. Dat gebeurt via een permanent overlegcomité met de huisartsen van Geel en de Huisartsenwachtpost Zuiderkempen. In dat kader gaf de dienst Spoedgevallen op zaterdag 28 mei 2016

een voordracht op het jaarlijks congres van de Huisartsenwachtpost Zuiderkempen. Hoofdverpleegkundige Pieter Geudens, prof. dr. Francis Somville en dr. Gerry Van der Mieren organiseerden naast de voordracht ook scenario-trainingen voor BLS, ALS en de automatische elektrische defibrillator.

– Dr. Gerry Van Der Mieren
Urgentiearts

Tabakoloog helpt je stoppen met roken

Er zijn redenen genoeg om te stoppen met roken. Maar hoe pak je het aan? En hoe zorg je ervoor dat je niet alleen stopt, maar het ook volhoudt?

Dat zijn vragen waar tal van rokers die willen stoppen mee blijven zitten.

Een tabakoloog kan uitkomst bieden. Aan de hand van het rookprofiel van de patiënt wordt een plan opgesteld om te stoppen met roken. Op die manier staat de patiënt er niet alleen voor en wordt de moeilijke opdracht opgedeeld in verschillende stappen.

Kathleen Vanhove werkt als tabakoloog in het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel. Ze helpt de patiënt door hem te informeren, te motiveren en te ondersteunen. De patiënt leert alles over rookverslaving, het correcte gebruik van hulpmiddelen en de verschillende stappen van een rookstop. Voor de patiënt is het belangrijk om weten dat alle beslissingen door hem worden genomen en dat hij het tempo van de verschillende stappen bepaalt. Het persoonlijke plan besteedt dan ook veel aandacht



aan de motivatie en het zelfvertrouwen van de patiënt om de rookstop tot een goed einde te brengen.

Wie samen met Kathleen de uitdaging aangaat, weet zeker dat er iemand is die gedurende heel deze periode ondersteuning biedt. Daardoor wordt de kans op een succesvolle rookstop groter dan wanneer de patiënt het op eigen houtje probeert. Goed om weten: rookstopbegeleiding wordt deels terugbetaald door de mutualiteit. •

> Patiënten die willen stoppen met roken, kunnen een eerste afspraak maken met Kathleen Vanhove via het secretariaat van Poly 3, te bereiken op het nummer 014 57 70 33.

AGENDA

DONDERDAG 8 SEPTEMBER:
**Symposium
Culinaire wandeling
doorheen de revalidatie**

Tijdens een wandeling op de revalidatie-afdeling kunt u bij een hapje en een drankje kennismaken met de talrijke mogelijkheden die de dienst biedt.

ZATERDAG 17 SEPTEMBER:
**Symposium
nefrologie-oncologie**

Symposium met workshops en veel aandacht voor een aantal cases.

COLOFON

Nieuwsbrief van het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel

Redactie René Vanheuckelom,
Dienst Pers & Communicatie

Vormgeving en advies
Brandle

Druk Drukkerij Van Dingenen,
Laakdal

Verantwoordelijke uitgever
Willy Verbraeken,
Algemeen directeur

Deze nieuwsbrief is beschikbaar in gedrukte en digitale vorm. Wilt u de nieuwsbrief voortaan digitaal ontvangen? Stuur dan een mailtje naar nieuwsbrief@ziekenhuisgeel.be met als onderwerp 'nieuwsbrief digitaal'.