

update

NIEUWS
OLV ZIEKENHUIS
december 2017

Update verschijnt vier keer per jaar | Jg. 4 nr. 17 | oktober, november, december 2017

THORACIC OUTLET-SYNDROOM

“ROBOTCHIRURGIE MINDER INVASIEF”

SPOEDDIENST

“KLAAR OM LEVENS TE REDDEN”

ZIEKTE VAN DUPUYTREN

“MYSTERIEUZE ‘VIKINGZIEKTE’ TREFT VOORAL MANNEN”

PATIËNTVEILIGHEID CENTRAAL

**“HOE VERLOOPT REINIGING EN
DESINFECTIE ENDOSCOPEN?”**

olv
Top in Zorg.

Griepvaccinatie uit respect voor onze patiënten



Ann Van de Velde, Verpleegkundig en paramedisch directeur, gaf het goede voorbeeld.

Aangezien griep al besmettelijk is vóór het optreden van symptomen, kunnen onze medewerkers onbewust een bron van infectie voor patiënten zijn. Vaccinatie is de beste manier om deze onbewuste en ongewenste

transmissie naar patiënten te vermijden. Het OLV Ziekenhuis zet alle medewerkers aan om zich te laten vaccineren tegen de griep. Vaccinatie is eigenlijk een 'morele plicht' in de gezondheidssector.



04

ADHD

Oudertraining biedt ouders handvaten.

Dupuytren

Pijnloze maar vervelende 'klauw'.



06



08

Endoscopen

Patiëntveiligheid centraal bij desinfectie.

Urgentie

Scenariotrainingen houden spoeddienst scherp.



10

Save the date
jobbeurs

**Zaterdag 16/12/'17
tussen 9u en 12u**

**Zaterdag 3/3/'18
tussen 13u en 16u**



Met plezier samen het verschil maken

Hart op
de juiste
plaats

Teamwork
Creatieveling

Oog voor
totaalzorg

Geduldig

Topcollega's

Ben je **laatstejaarsstudent verpleegkunde of technoloog medische beeldvorming?**

Of heb je al ervaring, maar ben je op zoek naar een nieuwe uitdaging?

Kom dan zeker langs op onze **jobbeurs!**

Je kan hiervoor inschrijven via onze website:
www.olvz.be

We kijken er alvast naar uit om jou te ontmoeten!

Je kan de jobbeurs bezoeken op volgend adres:

OLV Ziekenhuis Aalst
Moorselbaan 164
zaal Guernica
verdieping X+4

Fijne samenwerking

Stressbestendigheid

Probleemoplossend denken

Grenzeloze inzet

De vrolijke noot
op het werk

Professioneel

Bruisend van energie

Luisterend oor

Fleurt de
dienst op

Integriteit

Helpen met
de glimlach

Redactieraad

Ilse Borms, Greet De Winne,
Karla Lefever, dr. Peter Meeus,
Edwin Moerenhout, dr. Guy Van
Camp, Chris Van Raemdonck

Teksten

Zorgcommunicatie.be

Fotografie

Peter De Schryver

Vormgeving

dotplus

Verantwoordelijke uitgever

Marc van Uytven

vzw OLV Ziekenhuis

Campus Aalst

Moorselbaan 164, 9300 Aalst
T +32 (0)53 72 41 11
F +32 (0)53 72 45 86
www.olvz.be

Campus Asse

Bloklaan 5, 1730 Asse
T +32 (0)2 300 61 11
F +32 (0)2 300 63 00

Campus Ninove

Biezenstraat 2, 9400 Ninove
T +32 (0)54 31 21 11
F +32 (0)54 31 21 21



[www.facebook.com/
OLV Ziekenhuis Aalst
Asse Ninove](http://www.facebook.com/OLVZiekenhuisAalstAsseNinove)



12

Robotchirurgie

Minimaal invasieve chirurgie
Thoracic Outlet-syndroom.

Onderwijs

Studenten op bezoek in het
ziekenhuis.



15



16

Patiënt vertelt

"Dankzij revalidatie kan ik me
weer behelpen."

Tips en tricks voor ouders van kinderen met ADHD



In het voorjaar 2018 organiseert het team Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het OLV Ziekenhuis Aalst in samenwerking met vzw Zit Stil een 'Oudertraining ADHD'. Ouders krijgen er meer informatie maar vooral ook praktische handvaten om een kind met ADHD op te voeden.

Het opvoeden van een kind met ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) stelt ouderparen meer dan eens voor uitdagingen. Vaak hebben mensen nood aan concrete tips en handvaten om op een goede manier met hun kind om te gaan. Deze workshop komt tegemoet aan deze nood. Samen met de ouders gaan de begeleiders op weg en ontwikkelen ze stap voor stap een aanpak op maat van elk kind. Het contact met andere ouders is voor de deelnemers een bijkomende meerwaarde.

Resultaat

Wetenschappelijk onderzoek toont dat oudertraining rond ADHD doorgaans meer

resultaat oplevert voor het kind dan therapeutische interventies op school of individuele therapie. Tijdens de workshop worden 8 ouderparen begeleid door 2 gespecialiseerde psychologen. De workshop bestaat uit 8 sessies, telkens met 3 weken tussentijd. Zo is er voldoende tijd voor het testen van de aangereikte technieken.

Elke sessie krijgen de ouders informatie, oefeningen en reflecties. Na 7 sessies staat het volledige gedragsveranderingsplan op punt. Tijdens een optionele terugkomsessie kunnen de ouders verder ervaringen uitwisselen.

Praktisch

De workshop 'Oudertraining ADHD' is bedoeld voor ouders van kinderen met de diagnose ADHD. Bijkomende diagnoses zoals ODD (oppositional defiant disorder; een agressieve gedragsstoornis), ASS (autismespectrumstoornis) of mentale beperkingen worden niet in de workshop opgenomen.

De bijeenkomsten vinden telkens plaats op:

maandagavond van 20 tot 22 uur
8 en 29 januari, 19 februari, 12 en 26 maart
16 april en 7 mei. Terugkomsessie op 25 juni.

Plaats: zaal 'Het Strand' in het OLV Ziekenhuis Aalst.

Deelnemen kost 360 euro per ouderpaar voor 8 sessies.

Voor meer informatie en inschrijvingen kun je mailen naar:

oudertraining.adhd@olvz-aalst.be





OLV Ziekenhuis investeert 30 miljoen euro in toekomst Campus Asse

Het OLV Ziekenhuis heeft vandaag al 10 miljoen euro geïnvesteerd in Campus Asse. Het volledige masterplan zal tot 30 miljoen euro oplopen. Begin 2018 opent in Asse alvast de nieuwe Palliatieve zorg-eenheid. Tegen 2021 is alles afgewerkt.

Het masterplan voor Campus Asse omvat heel wat infrastructuurwerken. Zo zal de zorgstraat op de gelijkvloerse verdieping van de huidige hoofdingang tot aan een nieuwe ingang aan de Markt lopen. De meeste consultaties vind je langs deze zorgstraat, met de dienst Medische beeldvorming in de directe nabijheid.

Op de gelijkvloerse verdieping komen ook twee nieuwe ruimten voor ambulante zorg. De huidige kapel maakt plaats voor een

lokaal voor low care dialyse en de huidige refter wordt een moderne revalidatieruimte voor Cardiologie en Fysische geneeskunde.

Ruimere spoedafdeling en endoscopie suite
Verder wordt de spoedafdeling groter, wat de dienstverlening en de privacy ten goede komt. Vlakbij komt een Chest Pain Unit, waar patiënten met pijn op de borst terecht kunnen en in een mum van tijd te weten komen of een dringende katheterisatie op Campus Aalst nodig is.

Op de eerste verdieping komt een grote geriatrieafdeling, inclusief geriatisch dagziekenhuis. Verder ook het dagziekenhuis, met aansluitend een endoscopie suite en consultatieruimte voor de dienst Gastro-enterologie.

Via een nieuwe lift zullen patiënten voor een endoscopisch onderzoek meteen op één enkele locatie in het gebouw worden geholpen.

Aansluitend op het nieuwe operatiekwartier op de tweede verdieping komen een lounge voor de patiënten handchirurgie en een lounge voor pijntherapiepatiënten. De patiëntenkamers voor Inwendige geneeskunde en Chirurgie liggen in de directe nabijheid.

De werken in Campus Asse kunnen tijdelijk voor enige hinder zorgen. We doen er alles aan om die hinder zo beperkt mogelijk te houden.

Pijnloze maar erg vervelende 'klauw'

De ziekte van Dupuytren wordt ook wel eens de 'Klauw' genoemd. Deze aandoening aan de handpalm die de vingers krom trekt, ziet er inderdaad soms spectaculair uit. Gelukkig is de ziekte pijnloos, maar wel erg vervelend natuurlijk. In het OLV Ziekenhuis zijn twee artsen gespecialiseerd in de behandeling van de ziekte van Dupuytren: dr. Stefan Bande en dr. Jens François. Zij geven graag meer tekst en uitleg bij deze vaak voorkomende ziekte.

"De ziekte van Dupuytren is een merkwaardige aandoening die veel patiënten treft", zegt dr. Stefan Bande. "Het begint met een littekenvorming in de handpalm. Eerst is er een knobbeltje, maar na verloop van tijd wordt dat een streng bindweefsel die zich uitstrekt naar de vingers en die op die manier progressief een of meer vingers krom trekt. De ziekte wordt daarom ook wel eens de 'Klauw' genoemd."

"Mannen worden vaker met de ziekte van Dupuytren geconfronteerd dan vrouwen, vooral na de leeftijd van 40 jaar. Hoe ouder, hoe meer kans dat je de ziekte krijgt. Van de mannen ouder dan 80 jaar heeft ongeveer 40% de ziekte van Dupuytren. Gelukkig is de aandoening pijnloos, maar ze zorgt wel voor functioneel ongemak. Bij de ene patiënt gaat het slechts om één vinger die een beetje samentrekt, bij andere patiënten kan de ziekte drie, vier of zelfs alle vijf de vingers grondig aantasten."



Behandeling mogelijk

"De gevolgen van de ziekte kunnen behandeld worden, maar er is geen afdoende behandeling in de betekenis van een volledige genezing", zegt dr. Jens François. "Daarom is er altijd een kans dat ze terugkeert."

"Tot voor kort bood alleen chirurgie een oplossing. Dan knippen we de streng door of nemen we ze geheel of gedeeltelijk weg. Sinds enkele jaren doen we echter ook infiltraties. Dat betekent dat we met enkele kleine prikjes de stof collagenase injecteren: een stof die het eiwit collageen afbreekt en zo de streng weker maakt. Twee of drie dagen later kunnen we onder lichte verdoving de vingers strekken. Na deze behandeling krijgt de patiënt een op maat gemaakte spalk om enkele uren per dag te dragen. Tot de nabehandeling behoort ook kinesitherapie."

"De behandeling met infiltratie kunnen we echter alleen toepassen als één of twee vingers aangetast zijn. Indien meer vingers getroffen zijn, biedt alleen chirurgie nog een oplossing. Soms kunnen we na een operatie wel verder behandelen met infiltraties", vult dr. Bande aan.

Voordelen infiltratie

"Grote voordelen van de infiltratietechniek is dat er meestal geen wondjes ontstaan of littekens achterblijven. Daardoor kan de patiënt ook sneller terug actief zijn hand gebruiken. De timing van de ingreep is echter heel belangrijk. Je moet er als patiënt vroeg genoeg bij zijn, maar ook niet té vroeg, want dan kan de ziekte zelfs erger worden."

"Het RIZIV betaalt infiltratie terug vanaf een bepaalde mate van samentrekking van



de vinger. België is trouwens een van de enige landen die hiervoor een terugbetaling voorziet. Dat is een slimme keuze, want zo vermijden we chirurgische ingrepen. In heel wat gevallen kan de volledige behandeling (infiltratie en achteraf strekken van de vingers) ambulantly in de consultatieruimte onder lokale verdoving uitgevoerd worden. Meer dan 80% van de patiënten kunnen met infiltraties geholpen worden. Toch blijft na deze behandeling een goede opvolging nodig. De ziekte kan altijd terugkeren. Soms doen we jaren later nog eens een infiltratie", legt dr. Bande uit.

"Preventief kan je helaas niet veel beginnen tegen de ziekte van Dupuytren", zegt dr. François. "Al is het altijd aangeraden om je hand soepel te houden door voldoende beweging. Maar de strengvorming zal je er niet mee tegenhouden."

Het OLV Ziekenhuis heeft zowel in Campus Aalst als in Campus Asse een goed uitgeruste hand lounge. Patiënten worden er comfortabel en zo weinig mogelijk invasief geholpen.

‘Patiënten die op Campus Asse komen voor een operatie aan de hand, hoeven niet in een ziekenhuisbed, maar kunnen voor en na de ingreep terecht in de comfortabele zetels van de hand lounge.

De hand lounge bevindt zich in de nabijheid van het operatiekwartier. De patiënten ervaren vooral de mogelijkheid om met hun "lotgenoten" te kunnen spreken en ervaringen uit te wisselen als heel waardevol.’



De hand lounge

De schuld van de Vikings?

“De oorzaak van de ziekte van Dupuytren is niet bekend. Lang heeft men gedacht dat het puur genetisch was en uit Scandinavië kwam. Men noemt het nu nog soms het Viking-gen, omdat de ziekte vaak bleek voor te komen in gebieden die de Vikings veroverden: Scandinavië, maar ook Schotland en Vlaanderen. Ondertussen weten we dat de ziekte ook elders voorkomt, ook in Japan bijvoorbeeld, waar nooit een Viking voet aan land heeft gezet”, zegt dr. Bande. De ziekte is genoemd naar de Franse baron Guillaume Dupuytren, die de aandoening in 1831 voor het eerst beschreef.

Patiëntveiligheid centraal in dienst 'Sterilisatie endoscopen'

Geen sterilisatie, maar high-level desinfectie. Flexibele endoscopen zijn enorm warmtegevoelig waardoor deze niet gesteriliseerd kunnen worden zoals bv. ander chirurgisch materiaal. Kwaliteit en patiëntveiligheid gaan hand in hand in het OLV Ziekenhuis. Dat geldt bij uitstek ook voor het reinigen en desinfecteren van endoscopen. Dat zijn flexibele instrumenten waarmee een arts in het lichaam kan kijken. Er bestaan veel verschillende types endoscopen, waaronder bronchoscopen om de longen te onderzoeken, gastroscopen voor een maagonderzoek, of intubatiescopen die worden gebruikt op Intensieve Zorgen en in het operatiekwartier. Elke endoscoop wordt na ieder gebruik volgens strenge regels gereinigd en gedesinfecteerd. Het toezicht hierop is erg strikt en gebeurt door diverse interne en externe instanties. Wij gingen onder begeleiding van adjunct-diensthoofd apotheek Eva Janssens (verantwoordelijke apotheeker voor de Centrale Sterilisatie Afdeling) even een kijkje nemen in de dienst 'reiniging en desinfectie endoscopen'.

1. Elke gebruikte endoscoop wordt in een bakje gelegd en krijgt een plastic hoes met een rode smiley. Zo komen de endoscopen aan in de dienst 'reiniging en desinfectie endoscopen'. De medewerker draagt een blauwe schort, een kapje, handschoenen en een mondmasker om zichzelf te beschermen tegen elk gevaar op besmetting.

De gebruikte endoscopen – in Campus Aalst alleen al een 40-tal per dag – komen van diverse diensten: gastro-enterologie, intensieve zorgen, het operatiekwartier, pneumologie,... Ze worden allemaal op dezelfde manier gereinigd en gedesinfecteerd door een gespecialiseerd team van de Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA). Elke medewerker heeft hiervoor een bijzondere opleiding

doorlopen. Kwaliteit en patiëntveiligheid staan centraal in het hele proces. Elke endoscoop heeft een eigen barcode, die bij elke handeling gescand wordt, zodat volledige traceerbaarheid gegarandeerd is. De badge van de medewerker wordt gescand bij elke stap in het proces. Zo is steeds geweten wie welke stap in het proces heeft uitgevoerd.



2. Eerst reinigt de medewerker de gebruikte endoscoop uitvoerig in een bak met 50 liter water met een afgemeten dosis detergent. De endoscoop wordt ook meteen getest op lekken. Hiervoor wordt een luchtdrukmachine aan de endoscoop gekoppeld, die voortdurend lucht door alle kanalen van de endoscoop stuurt. Als er ergens een lek zou zijn, merkt de medewerker dat meteen op. In dat geval moet de endoscoop uiteraard eerst hersteld worden.

Voor elke endoscoop wordt vers water genomen. Een medewerker reinigt het apparaat aan de buitenkant met een doekje en aan de binnenkant met borsteltjes van verschillende grootte, afhankelijk van het type endoscoop. Het borsteltje mag voor een goede reiniging zeker niet te dun, maar ook niet te dik zijn. Endoscopen zijn met hun lenzen immers fragiele instrumenten. Elk borsteltje en elk doekje wordt overigens maar één keer gebruikt en dan weggegooid.



3. Na de eerste reiniging in de waterbak gaat de endoscoop in één van de vijf wasmachines, afhankelijk van het type endoscopie. Een endoscoop voor onderzoek van de dikke darm (colonoscoop) wordt bijvoorbeeld op 7 verschillende punten gekoppeld in de machine via kleurrijke kabels. Via deze kabels wordt water en product door alle kanalen van de endoscoop gestuurd: eerst met detergent (voor een tweede keer, maar nu dus machinematig), daarna met een desinfectant. Na elke behandeling wordt grondig met water nagespoeld.

Het bedienen van de wasmachine kan alleen na het inscannen van de badge van de medewerker en van de unieke barcode van de endoscoop. Op elke aansluitingskabel zit bovendien een alarm: als een kabel niet goed aangesloten is, als er geen water doorkomt of als er bijvoorbeeld een verstopping optreedt, dan stopt automatisch de wasmachine en moet het proces helemaal opnieuw begonnen worden. Ook als er onvoldoende detergent en/of desinfectans in het toestel is, stopt het proces automatisch.

4. Bijzonder aan de gespecialiseerde dienst 'Reiniging en desinfectie endoscopen' in Campus Aalst, in Campus Ninove en binnenkort ook in Campus Asse, is de volledige en strikte scheiding van ruimtes voor de gebruikte en de gewassen endoscopen. Als een endoscoop gereinigd is in de wasmachine, wordt de wasmachine in de ruimte ernaast opengemaakt. De medewerker hoeft nu geen beschermkledij meer te dragen. Met perslucht wordt nog eens door alle kanalen gegaan om overtollige restjes water weg te werken.

Tegenover de wasmachines zie je de droogkasten. Niet elke endoscoop gaat in de droogkast. Dat is niet nodig als de endoscoop binnen de 4 uur opnieuw wordt gebruikt. Wanneer de scope niet onmiddellijk wordt gebruikt, wordt deze in een droogkast bewaard. In deze kast wordt er continu HEPA gefilterde lucht door de kanalen geblazen. Na 2 uur is de scope volledig droog, maar ook daarna blijven de scopen in de kast. Een endoscoop die volledig droog is, kan tot één maand na reiniging en desinfectie opnieuw gebruikt worden.



5. Is een endoscoop helemaal gereinigd en gedesinfecteerd, dan is hij weer klaar voor gebruik en wordt hij in een bakje met een plastic hoes met een groene smiley terug naar de juiste dienst of afdeling in het ziekenhuis gebracht. Bijvoorbeeld op de afdeling gastro-enterologie, waar de verpleegkundige alweer de barcode van de endoscoop scant. Deze gegevens komen in het elektronisch dossier van de patiënt terecht: zo weet men altijd wie welke endoscoop gebruikt heeft bij welke patiënt.

Op een labeltje aan de endoscoop staat ook duidelijk of het toestel al dan niet in de droogkast behandeld is en tot wanneer het gebruikt mag worden. Het toestel op de foto is wel degelijk in de droogkast geweest en mag daarom gebruikt worden tot 7 december.

Zodra de endoscoop gebruikt is tijdens een onderzoek, wordt hij op de dienst of afdeling

zelf al even uitwendig gereinigd. Er wordt ook water door de slangen gespoten. Daarna gaat het toestel opnieuw in zijn bakje en krijgt het een plastic cover met een rode smiley. Klaar om terug naar de dienst 'reiniging en desinfectie endoscopen' te gaan.



Goed voorbereid op levensreddende interventies

Om spoedverpleegkundigen nog beter voor te bereiden op levensreddende interventies met de MUG en de PIT, organiseert de Spoeddienst sinds enige tijd scenario-trainingen. Tijdens deze trainingen krijgen verpleegkundigen de kans om in team reële situaties in een veilige omgeving te oefenen. Spoedverpleegkundigen Bart Lemmens en Jeroen Jacquemijns zijn de drijvende krachten achter deze aanpak.

Samen met het ASZ (Algemeen Stedelijk Ziekenhuis) baat het OLV Ziekenhuis Aalst een MUG-functie uit. Bovendien heeft Campus Asse een PIT – een paramedisch interventieteam van twee ambulanciers en een gespecialiseerd verpleegkundige. De Spoeddienst van het OLV Ziekenhuis moet dan ook op elk moment klaarstaan voor dringende, levensreddende tussenkomsten. Een voortdurende bijscholing van de spoedverpleegkundigen is daarom noodzakelijk. Dat gebeurt onder meer met ALS (Advanced Life Support) en scenariotrainingen.

“Bijscholing is cruciaal voor onze opdracht”, vertelt Bart Lemmens. “We proberen iedereen de officiële ALS te laten volgen. Daarnaast organiseren we elke maand één dag training voor 10 tot 12 mensen, waar we, aan de hand van scenario’s, diverse onderwerpen aan bod laten komen. Het scenario kan bijvoorbeeld focussen op trauma, op Advanced Life Support of op de ‘staande orders’ voor de PIT. Spoedverpleegkundigen die met de PIT uitrijden mogen immers een beperkt aantal handelingen – ‘staande orders’ – uitvoeren zonder arts erbij, bijvoorbeeld bepaalde medicatie toedienen.”

“Elke scenariotraining begint met het toetsen van de theoretische kennis”, vult Jeroen Jacquemijns aan. “Daarna gaan we met diverse scenario’s aan de slag om de praktische vaardigheden aan te scherpen. Elke deelnemer krijgt per scenario een bepaalde rol: ambulancier, arts, PIT-verpleegkundige... We werken een fictief scenario uit: er is een oproep en de situatie is zus en zo. Het team krijgt dan heel even de tijd om zich voor te bereiden. De oefeningen zelf gebeuren met



een simulatiepop. Na de oefening wordt alles in het team besproken en geëvalueerd. Hieruit leren niet alleen de deelnemers bij, het zorgt er ook voor dat de collega’s die niet deelnemen, bij de les blijven.”

Realistisch en veilig

“Deze aanpak werpt vruchten af”, weet Bart. “In het begin is het wat onwennig om met die scenario’s aan de slag te gaan; het lijkt wel of we toneeltjes spelen. Maar de situaties zijn zo levensecht en uitdagend, dat iedereen zich snel kan inleven. Het zijn realistische oefeningen in een veilige omgeving. Deelnemers leren ook op elkaar in te spelen. Je moet er staan als team, niet alleen als individu.”

“De simulatiepop maakt het allemaal extra levensecht. De pop kan op een monitor aangesloten worden, ze kan stoppen met ademen en als het team niet de juiste dingen

doet, kunnen we simuleren dat de gezondheidstoestand van de pop achteruit gaat en geeft de monitor noodsignalen. Net als in de werkelijkheid dus”, legt Jeroen uit. “Natuurlijk is dat confronterend. Maar met scenariotrainingen kunnen we hierop oefenen. De deelnemers nemen het heel ernstig. Ze komen steeds beter voorbereid op de trainingen. En als er fouten gemaakt worden, dan leren de verpleegkundigen er direct uit. ‘Dit zal me niet meer overkomen’, klinkt het dan.”

“We kunnen meer leerdoelen in één scenario steken. Zo kunnen we ze eerst een acuut hartinfarct laten opvangen, en daarna de situatie alsnog laten uitmonden in een reanimatie. Dat komt in het echte leven ook voor. Zo kunnen we op korte tijd maximaal de technieken oefenen. In de realiteit is er geen tijd om na te denken. De scenario-oefeningen zijn dan ook een uitstekend middel om nieuwe collega’s goed voor te bereiden. Wie 50 keer op



Enkele termen op een rij

MUG = Medische Urgentie Groep = team met minimum een gespecialiseerde urgentiearts én een gespecialiseerde verpleegkundige.

PIT = Paramedisch Interventieteam = team met minstens een ambulancier-hulpverlener én een gespecialiseerde verpleegkundige.

BLS = Basic Life Support = reanimatie door beademing en hartmassage, eventueel met een AED of een Automatische Externe Defibrillator

ALS = Advanced Life Support = specialistische reanimatie in teamverband met het oog op stabilisatie van de patiënt. ALS kan onder meer inhouden dat medicatie intraveneus (via een ader) wordt toegediend of dat het hartritme genormaliseerd wordt door middel van een elektrische shock.

de reanimatiepop geoefend heeft en daarna tijdens een interventie met een echt slachtoffer wordt geconfronteerd, weet wat hem of haar te doen staat”, zegt Bart.

MUG en PIT

“De Spoeddienst telt een 60-tal spoedverpleegkundigen. We proberen ze allemaal deel te laten nemen aan de scenariotrainingen. Elk jaar worden twee thema’s uitgediept. Voorlopig nemen enkel de spoedgevallenvpleegkundigen deel aan de scenariotrainings, al merken we dat de artsen en assistenten ook interesse krijgen in ons project. Je kunt het belang hiervan dan ook niet overschatten”, zegt Bart. “Tijdens een MUG- of een PIT-interventie heb je geen tijd en geen kans om te leren. Op dat moment moet je er staan. De omstandigheden zijn altijd anders: het is donker, de patiënt is onderkoeld, je staat aan de kant van de straat in de regen... We leren

ze niet enkel patiëntgericht denken, ze leren het hele plaatje bekijken. Er is bijvoorbeeld een scenario over een verdrinking: dan moeten verpleegkundigen niet alleen bezig zijn met de reanimatie, maar ook denken aan de veiligheid van de hulpverleners, het opwarmen van de patiënt enzovoort.”

“De MUG is het meest bekend bij de mensen, maar de PIT is voor verpleegkundigen nog een trapje hoger, omdat hier geen arts bij is. De PIT is dan ook voorbehouden voor spoedverpleegkundigen met MUG-ervaring en met de nodige training en ervaring op hun teller.”

“De spoedverpleegkundigen stellen de scenariotrainings erg op prijs”, weet Jeroen. “Ze zien het belang ervan in. Bij een interventie met de MUG of de PIT weet je vooraf nooit waarmee je geconfronteerd zult worden. Eén van de meest ingrijpende situaties is de reanimatie van een kind. Dat zorgt bij

elke verpleegkundige en arts voor een shock. Gelukkig komt dat niet zo vaak voor, maar je moet hierop wel zo goed mogelijk voorbereid zijn, zodat je weet wat je moet doen als de situatie zich voordoet.”

“Je hebt ook altijd diverse aandachtspunten: de technisch correcte uitvoering van alles wat je doet én de niet-technische vaardigheden, zoals goede communicatie met het slachtoffer en de familie of goede samenwerking in team. Tijdens de scenariotrainings hebben we oog voor beide invalshoeken: Bart volgt vooral de ‘non-technical skills’, terwijl ik me concentreer op de ‘technical skills’”

Minimaal invasieve behandeling van Thoracic Outlet-syndroom

De dienst Cardiovasculaire en thoracale heekunde van het OLV Ziekenhuis gebruikt sinds kort een innovatieve chirurgische techniek met robotondersteuning voor de resectie (verwijdering) van de eerste rib. Zo kan deze operatie uitgevoerd worden via drie kleine incisies (snedes). Daarbij wordt de rib in kleine fragmenten uitgefreesd. Dat maakt een minimaal invasieve behandeling mogelijk van het Thoracic Outlet-syndroom, ook wel het schoudergordelsyndroom genoemd.

Het Thoracic Outlet-syndroom (TOS) is een verzamelnaam voor klachten die ontstaan wanneer de zenuw- en vaatbundel die naar de arm loopt, gekneld geraakt. Deze zenuw- en vaatbundel komt ter hoogte van de schouder uit de ribbenkast (thorax) en hals. Deze plek noemt men de bovenste thoracale opening (thoracic outlet). Wanneer de zenuwbundels of bloedvaten afgekneld worden in een nauwe tunnel die wordt gevormd door de eerste rib, het sleutelbeen en de nekspieren, geeft dit in eerste instantie pijnklachten ter hoogte van de arm, de schouder en de hals. Als deze beknelling te lang duurt, kan dat leiden tot definitieve zenuw schade (verlamming, gevoelloosheid) of vaatschade (trombose). Elk jaar krijgt naar schatting 1 tot 2% van de bevolking te maken met dit syndroom. In eerste instantie probeert men de klachten onder controle te krijgen via kinesitherapie en/of medicatie. Als dat niet volstaat, kan een chirurgische ingreep worden overwogen waarbij de eerste rib geheel of gedeeltelijk wordt weggenomen, zodat er meer ruimte ontstaat voor de bloedvaten en de zenuwen ter hoogte van de thoracale opening.

Robot-geassisteerde chirurgie

Dr. Lieven Maene, chirurg van de dienst Cardiovasculaire en thoracale heekunde: "In de meeste centra wordt de eerste rib-resectie enkel uitgevoerd via een toegangsweg boven of onder het sleutelbeen of via de oksel. Beide toegangswegen hebben nogal wat nadelen. Zo is het esthetische



Dr. Roel Beelen en dr. Lieven Maene

resultaat bij de toegang boven het sleutelbeen vaak niet zo mooi en is het risico op beschadiging van de zenuwen iets groter dan bij de ingreep via de oksel. Bij de ingreep via de oksel is het risico op vaatschade dan weer groter en is er een kans op een permanente gevoelloosheid van de binnenzijde van de bovenarm."

Dokter Roel Beelen, chirurg van de dienst Cardiovasculaire en thoracale heekunde: "Omwille van de nadelen van beide toegangswegen hebben we binnen onze dienst gezocht naar een alternatieve toegangsweg voor deze ingreep. Gebaseerd op onze ervaring met robot-geassisteerde, minimaal invasieve chirurgie en na evaluatie van bestaande robot-geassisteerde ribresecties werd er een operatietechniek ontwikkeld waarbij de eerste rib via drie kleine incisies ter hoogte van de borstkas kan worden bereikt. In principe zouden we via deze weg de eerste rib al meteen kunnen wegnemen met behulp van endoscopische botscharen, de zogenaamde

'bone cutters'. Maar bij deze vorm van resectie is er nog steeds een vrij grote kans op weefsel schade in de regio rond de eerste rib. Daarom wordt de robot-geassisteerde dissectie gecombineerd met een resectie van de rib door een Midas Rex microboor. Dit is een endoscopische microboor die vooral gebruikt wordt bij neurochirurgische ingrepen. Met dit instrument wordt de eerste rib in kleine fragmenten uitgefreesd, zodat er minimale weefsel schade is. Door een combinatie van de robot-geassisteerde dissectie en de zeer nauwkeurige ribresectie met de microboor is er quasi geen risico op vaat- of zenuw schade. Zo kunnen we een groep van patiënten met dit syndroom op een meer doeltreffende, veilige en minder ingrijpende manier helpen."

Sinds 2016 werden in Het OLV Ziekenhuis al een vijftiental patiënten met deze innovatieve techniek behandeld voor het Thoracic Outlet-syndroom: met zeer goede resultaten en zonder complicaties.

“Je kunt je niet voorstellen hoe blij ik was”

“Onlangs ben ik aan de cervicale rib geopereerd”, vertelt Charlotte Volcke, mama van drie kinderen uit Oeselgem bij Waregem. “Ik had al anderhalf jaar last van nekpijn en van zware, onophoudelijke tintelingen in mijn arm. Onderzoek wees uit dat ik een hernia had, maar ook een cervicale rib die in de weg zat en mijn slagader op twee plaatsen blokkeerde. Die beperkte bloedsomloop zorgde ervoor dat mijn arm de hele tijd sliep.”

Volste vertrouwen

“Dankzij een goede doorverwijzing ben ik bij dr. Beelen terechtgekomen. Ik kreeg meteen veel uitleg. Dr. Beelen nam de tijd voor mij en toonde met tekeningen en later ook met een Angio CT-scan wat er precies aan de hand was. Toen ik begreep hoe de vork aan de steel zat, had ik het volste vertrouwen in de operatie. De avond voordien kwam dr. Beelen nog eens langs om uit te leggen wat er precies zou gebeuren.”

“Ik werk als zelfstandige in de horeca. Ik wou dan ook zo snel mogelijk af van dat nare gevoel dat mijn bewegingsvrijheid beperkte. Het was een delicate operatie met robotchirurgie. Ik werd op een donderdagochtend geopereerd en zaterdagmiddag was ik alweer thuis. Ik voelde me veel beter dan ik had durven dromen. Niet dat ik direct aan de slag kon, maar ik kon wel meteen al rondlopen. Ik moet wel de tijd nemen voor het herstel. Dat zal niet gemakkelijk zijn, want ik heb ook mijn gezin.”

Al mijn ribben

“Je kunt je niet voorstellen hoe blij ik was toen ik na de operatie voor het eerst sinds lang een glas water kon drinken zonder dat mijn arm sliep. Ja, zo erg was het dus! Ik had desnoods al mijn ribben laten weghalen om van dat gevoel af te zijn.”

“Ik ben positief gestemd. De robotoperatie heeft maar drie kleine wondjes gelaten onder mijn oksel en op mijn schouderblad. De hernia blijft, maar alles wat de cervicale rib betreft, geneest geleidelijk, zoals dr. Beelen voorspeld had. De goede informatie die ik gekregen heb, heeft voor mij echt het verschil gemaakt.”

Charlotte Volcke: “Je kunt je niet voorstellen hoe blij ik was toen ik na de operatie voor het eerst sinds lang een glas water kon drinken zonder dat mijn arm sliep.”



DR. FREDERIK LAMMENS
RESIDENT NEUS-, KEEL- EN
OORZIEKTEN

“Wij zien patiënten van
0 tot 100 jaar”

“Ik ben afkomstig uit Sint-Truiden en studeerde geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven. Mijn opleiding tot neus- keel-, oorarts kreeg ik in Leuven en Genk”, opent dr. Lammens. “Ik leg me vooral toe op neus- en sinuschirurgie en op goedaardige hoofd-halschirurgie. Het toeval wil dat de dienst NKO van het OLV Ziekenhuis net iemand met dat profiel zocht. Een unieke kans voor mij!”

“NKO is een boeiende discipline. Het begint al met drie totaal verschillende anatomische regio’s: neus, keel en oor. Bovendien komt daar ook het hoofd- en halsgebied met zijn complexe anatomie bij. Tot slot is de patiëntenpopulatie erg gevarieerd: wij zien iedereen van 0 tot 100 jaar, zowel voor raadplegingen als voor chirurgie.”

“Het NKO-artsenteam in het OLV Ziekenhuis is erg complementair. Samen bestrijken we alle invalshoeken van de discipline. Het geeft veel voldoening te weten dat je voor elke patiënt een oplossing in het eigen ziekenhuis hebt.”



DR. PIETER UVIN
RESIDENT
DIENST UROLOGIE

“Een uitdagende heel-
kundige discipline”

Dr. Pieter Uvin is afkomstig uit Erembodegem en liep school in het Sint-Jozefscollege in Aalst. Dat hij nu als resident een jaar in de dienst Urologie van het OLV Ziekenhuis kan werken, is dus een beetje als ‘thuiskomen’.

Dr. Uvin studeerde in Leuven en liep stage in UZ Leuven, Hasselt, Roeselare en Gent. “Ik heb voor urologie als specialisme gekozen omdat het een uitdagende heelkundige discipline is”, vertelt dr. Uvin. “Je kan als arts zelf de diagnose stellen en de chirurgische of niet-chirurgische behandeling uitvoeren. Urologie bestrijkt bovendien een heel breed terrein, met voldoende intellectuele én technische uitdagingen.”

“Het OLV Ziekenhuis is een topcentrum op het gebied van urologie. De dienst en de artsen zijn erg innovatief en werken met de nieuwste technologie en inzichten. Als jonge arts krijg ik hier dan ook volop kansen om bij te leren, bijvoorbeeld in de robotchirurgie of met de lasertechnologie.”



BART KNOCKAERT
RESIDENT MOND-, KAAK- EN
AANGEZICHSHEELKUNDE

“Ik voel me hier
helemaal thuis”

Dr. Bart Knockaert is geboren in Brugge en volgde zijn opleiding aan de Vrije Universiteit Brussel. “Tijdens mijn opleiding geneeskunde werd ik op een spoedgevallendienst op een dag geconfronteerd met een polytrauma: een patiënt met zware verwondingen aan het hoofd. Daar is mijn interesse voor Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde (MKA) ontstaan”, herinnert dr. Knockaert zich.

“Eerder liep ik al stage in het OLV Ziekenhuis. Ik wou hier toen al komen werken, maar de artsen raadden mij aan om mij eerst verder te specialiseren. Ik heb hun advies opgevolgd en nog een bijkomende opleiding gevolgd in Nederland over weke delen en tumoren. Ik heb ook 5 jaar ervaring opgedaan in hoofd-halschirurgie in het UZ Gent.”

“Als resident in het OLV Ziekenhuis krijg ik de kans om het hele MKA-terrein te verkennen, met een bijzondere aandacht voor trauma, weke delen en tumoren. Het MKA-artsenteam is een superteam, waar ik sinds mijn stage altijd contact mee gehouden heb. Ik voel me hier dus helemaal thuis.”

Ontdek-Leer-Vormingsdag voor laatstejaarsstudenten verpleegkunde

Sinds enkele jaren kunnen derdejaarsstudenten verpleegkunde deelnemen aan een Ontdek-Leer-Vormingsdag van het OLV Ziekenhuis. Verschillende workshops geven studenten de kans om op een leerrijke en actieve manier kennis te maken met het ziekenhuis.

Met de deelnemende scholen wordt bekeken welke onderwerpen een meerwaarde kunnen betekenen voor hun studenten. De workshops worden gegeven door collega's van het OLV die in hun vakgebied specialist zijn.

De onderwerpen die recent aan bod kwamen zijn voorkamerfibrillatie (VFK = een hart-ritmestoornis), noodplanning, hyperbare zuurstoftherapie en radiotherapie.

Tijdens deze opleidingsdagen zetten heel wat medewerkers zich met hart en ziel in om de studenten een boeiende en afwisselende dag te bezorgen. Hun medewerking waarderen we enorm!

Bovendien krijgen de studenten nog enkele sollicitatietips mee die hen voorbereiden op de toekomstige stap naar het werkveld. Aan de hand van een leuke quiz wordt de opge-

dane kennis van die dag getest. Enkele leuke prijzen kunnen gewonnen worden.

Zowel studenten als docenten van diverse scholen reageren enthousiast. Dit geeft de nodige motivatie om dit elk jaar opnieuw te organiseren. We kijken reeds uit naar een volgende editie!



Kathleen Vandamme en Laura Vermeersch staan klaar voor hun workshop over radiotherapie



Studenten verpleegkunde komen met plezier naar de opleidingsdag in het OLV Ziekenhuis.



Uitleg in de Caisson (hyperbare zuurstoftherapie) door Bart Lemmens



André Cooman in actie met een student tijdens de workshop over noodplanning



“Dankzij de revalidatie kan ik mezelf weer behelpen”

“Ik ben via de spoedgevallendienst in het OLV Ziekenhuis opgenomen. Ik sukkelde al langer met problemen aan mijn voeten, maar plots was het teveel. Meteen heeft de dokter mij gezegd dat er twee operaties nodig zouden zijn. Na elke operatie zou een revalidatie volgen in Campus Ninove.”

“Ik kende Ninove niet, ik wist zelfs niet dat daar een ziekenhuis was, maar ik heb er geen spijt van dat ze me naar hier gebracht hebben. Ik heb er enkele maanden moeten verblijven, maar nu is de eindstreep in zicht. De begeleiding van de kinesitherapie en de ergotherapie was uitstekend. Ik maakte veel vorderingen.”

“Na de tweede operatie leek het wel of ik van voren aan moest herbeginnen met de revalidatie. De oefeningen waren lastig en vermoeiend. Ik moest aan spierkracht winnen voor mijn algemene conditie en een betere mobiliteit. We oefenden in groep. Heel snel kende iedereen elkaar. Als iemand eens een moeilijk moment had, dan spraken we elkaar moed in.”

“Ik stap nu met een prothese. Het lukt nog niet 100%, maar ik ben opgelucht dat ik nog kan stappen. Ja, ik ben nog actief. Ik woon alleen. Dankzij de operatie en de revalidatie kan ik mezelf weer behelpen. Ik heb alleen maar goede woorden voor de verzorging op

Campus Ninove. De begeleiders zijn soms streng, maar dat moet! En ze zijn ook vriendelijk. Ik heb het even moeilijk gehad, in het begin met mijn prothese. Ik vond toen troost en begrip bij alle medewerkers. Dat heeft me de moed gegeven om door te gaan. En daar ben ik vandaag heel blij om.”