

12
update

NIEUWS
OLV ZIEKENHUIS
september 2016

JCI-ACCREDITATIE

OLV ZIEKENHUIS SCOORT 'EXCELLENT' OP KWALITEIT EN PATIËNTVEILIGHEID

"OM ACHT UUR 'S MORGENS BELDE WILLY MIJ AL"

PATIËNT **YVAN VAN HOVE** OVER TELEMONITORING

OOK U KUNT EEN LEVEN REDDEN!

HARTVEILIG AALST

DR. ROEL PARYS OP DE OLYMPISCHE SPELEN IN RIO

"EEN MOMENT OM NOOIT TE VERGETEN"

olv
Top in Zorg.

ism:



Onze kapel, een verborgen parel

In het OLV Ziekenhuis staat elke patiënt centraal, ongeacht zijn geloofsovertuiging of wereldbeeld. Toch blijven wij ook onze kapel koesteren. Door de talrijke uitbreidingsfasen van het ziekenhuis, is de kapel quasi volledig ingekapseld en nog nauwelijks zichtbaar aan de straatkant. Ze ligt ook buiten de drukst gebruikte bezoekerstrajecten in het ziekenhuis. Eigenlijk komen vooral patiënten en bezoekers aan de dienst Radiotherapie voorbij de inkom van de kapel.

Toch komen ook dagelijks andere patiënten en hun naasten naar de kapel om even te

bidden of gewoon om even stil te zijn en tot rust te komen. Toen we hoorden dat Zuster Benedicta plannen had om een boekje over de kapel uit te geven, wilden we daar graag onze medewerking aan verlenen. Ook de Provincie Oost-Vlaanderen schaarde zich achter het initiatief.

Het boekje, met als titel 'De diepere betekenis van de iconografie in de kapel van het OLV Ziekenhuis van Aalst' werd op 20 juni 2016 officieel voorgesteld. Het is verfraaid met talrijke kleurfoto's: een waar pareltje.

Het boekje is verkrijgbaar tegen de prijs van 10 euro bij Zuster Benedicta (053 72 12 80), via Chris Van Raemdonck: chris.van.raemdonck@olvz-aalst.be of aan het Onthaal op Campus Aalst.



04

Oorchirurgie

Nieuwe technieken geven patiënten nieuwe hoop.

Kwaliteit

De JCI-accreditatie is een garantie van kwaliteit en patiëntveiligheid.



06



08

Telemonitoring

Steeds meer hartpatiënten worden opgevolgd met telemonitoring.



Pacemaker

De draadloze pacemaker doet zijn intrede.

10

Nieuw operatiekwartier in gebruik



De totaal heringerichte operatiekamers op Campus Asse zijn ruim en beantwoorden aan de hedendaagse normen.

Meer ruimte, meer comfort, nieuwe technologie en een zorg- en dienstverlening die beantwoordt aan de hedendaagse eisen: Campus Asse van het OLV Ziekenhuis blijft vernieuwen. Eind augustus werd het nieuwe digitale operatiekwartier (OK) in gebruik genomen.

Dr. Bart Middernacht van de dienst Orthopedie-Traumatologie voerde op 25 augustus de eerste geplande ingreep uit in het nieuwe OK. "Het is uitgerust met de meest moderne voorzieningen en schermen om tijdens de operatie beelden te raadplegen, vaak in 3D, van voorafgaandelijke onderzoeken, maar ook precisiebeelden die tijdens de ingreep gemaakt worden. Zo kan iedereen in de operatiezaal de ingreep van nabij volgen. Campus Asse heeft hiermee een 'state-of-the-art' operatiekwartier: een ongeziene troef voor een ziekenhuis van deze omvang." Ook patiënt Robert Collyns (foto) die aan de elleboog geopereerd werd, is onder de indruk: "Naast de reputatie van het ziekenhuis en de artsen is ook de nabijheid een sterke troef. Het ziekenhuis in Asse bevindt zich op tien minuutjes rijden van thuis, in Wolvertem. Ik vind het belangrijk dat ik voor medische zorgen terecht kan in de eigen regio." Tegen eind dit jaar beschikt Campus Asse over twee grote zalen van 55m², twee zalen van 38 m² en een ontwaakzaal. Artsen en verpleegkundigen krijgen zo meer ruimte en comfort om te werken, wat de kwaliteit van de medische zorg en de patiëntveiligheid ten goede komt.

Het vallen van de bladeren

"Ondertussen worden ook de werken aan de palliatieve afdeling voorbereid", zegt Nathalie Suij, diensthoofd van het Bouw- en Projectteam. "Bijzonder hier is de integratie van het beschermde huis Stas op de Markt in Asse. Deze geklasseerde woning heeft een tuin met een mooie, oude treurbeuk die beschermd is als erfgoed. We moeten wachten op het vallen van de bladeren om de boom afdoende te kunnen beschermen. De palliatieve afdeling krijgt ruimere eenpersoonskamers met de mogelijkheid om een familielid te laten overnachten op de kamer. Elke kamer zal een mooi uitzicht krijgen op de tuin."

Redactieraad

Greet De Winne, Karla Lefever, dr. Vanessa Meert, dr. Geertrui Meganck, Edwin Moerenhout, Chris Van Raemdonck, Lisa De Kerpel

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

Blokklaan 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](https://www.facebook.com/OLVZiekenhuisAalstAsseNinove)



Olympische Spelen

Dr. Roel Parys maakte deel uit van het artsenteam van het BOIC in Rio.



Diabetes

Nieuwe diabetesconventie maakt nieuwe technologie betaalbaar voor patiënten.



Patiënt vertelt

Patiënt William Van Dender test een nieuwe app.

“Oorsuizen is op te lossen door oorzaak aan te pakken”

Nieuwe technieken geven mensen die last hebben van blijvend oorsuizen door druk in het oor nieuwe hoop. Met ballondilatatie kunnen we immers voor het eerst de oorzaak van het probleem aanpakken, zegt neus-, keel- en oorarts dr. Sven Geukens. Ook oto-endoscopie biedt nieuwe mogelijkheden. Oto-wat? Dr. Geukens legt een en ander helder uit.

“Het oor is een complex orgaan dat bestaat uit drie delen: het buitenoor, het middenoor en het binnenoor”, vertelt dr. Geukens. “Het middenoor is een met lucht gevulde ruimte die onder een bepaalde druk staat. Het bot achter het oor (het mastoidbeen) en de

buis van Eustachius zorgen ervoor dat deze druk gelijk blijft aan de luchtdruk buiten. Het mastoidbeen zorgt voor een continue druk, terwijl de buis van Eustachius bijstuurt waar nodig. Deze buis van Eustachius staat in verbinding met de neusholte en opent wanneer we slikken, geeuwen of de neus snuiten.” “Als de druk in het middenoor verandert, geeft dat een onaangenaam gevoel van verstopping. Het voelt alsof er iets in je oor zit. Door deze drukverandering gaan we geluiden anders horen en horen we dingen waar we normaal niet op letten: onze eigen hartslag, oorsuizen enzovoort. Dat kan storend werken. Vroeger werd daarom dikwijls een gaatje gemaakt in het trommelvlies, waarin een verluchtingsbuisje (diabolo) werd geplaatst om dat probleem te verhelpen. Vaak bleef dit zonder resultaat. Erger nog: door een gat in het trommelvlies te maken, creëer je gehoorverlies en verander je de volledige verluchting van het middenoor. Patiënten klagen dan ook vaak dat het drukgevoel blijft en dat ze nu ook minder horen. Het maken van een gaatje houdt ook andere risico's in: infecties, een cyste of het openblijven van het gaatje.”

Oorzaak wegnemen

“In het ziekenhuis passen we nu een nieuwe, alternatieve methode toe: tuboplastie. Hierbij wordt een ballonkatheter in het kraakbenige deel van de buis van Eustachius gebracht. Door de ballon op te blazen, rekken we het kraakbenige deel op, zodat de buis van Eustachius gemakkelijker opent bij het slikken. Zo nemen we de oorzaak van het probleem weg, in plaats van ons louter te concentreren op de gevolgen.”

“Voor we beslissen tot deze techniek, bepalen we de zogenaamde ‘Eustachian Tube Dysfunction Score’. Dat gebeurt met een tubomanometer, een toestel waarmee we de werking van de buis van Eustachius kunnen beoordelen. Tijdens het doorslikken van een slokje water wordt onder toenemende druk lucht in de neus geblazen, waarbij een sonde in de gehoorgang meet wanneer de

buis opent. Bij een bestaand gaatje in het trommelvlies (een perforatie) kunnen we zo ook vóór een operatie weten of er na het chirurgisch dichtmaken van dit gaatje verluchttingsproblemen van het middenoor te verwachten zijn.”

Een beter zicht

Daarnaast helpt een nieuwe techniek om nauwkeuriger en minder ingrijpend te werk te gaan. “Tot voor enkele jaren gebeurden alle ooringrepen met een microscoop”, verklaart dr. Geukens. “Een groot nadeel hiervan is dat je er alleen rechtdoor mee kunt kijken. Alles wat in de weg zit, moet dan ook verwijderd of weggeboord worden. Zo moeten we vaak het mastoidbeen volledig uitboren of gehoorbeentjes verwijderen. Dankzij de oto-endoscoop kunnen we vandaag veel betere kijkoperaties uitvoeren, met een sneller herstel van de patiënt en een korter ziekenhuisverblijf.”

“De oto-endoscoop filmt rechtstreeks in het oor, op de plaats waar het probleem zich voordoet. Door de scope met de hand te bedienen, kunnen we in het hele middenoor rondkijken. Hierdoor worden ook nieuwe behandelingen mogelijk, zoals het vrijmaken van geblokkeerde verluchttingskanalen naar het mastoidbeen.”

“Het grote voordeel van deze nieuwe benadering waarmee het OLV Ziekenhuis vooroploopt in Vlaanderen, is dat bij de patiënt geen snede achter het oor gemaakt moet worden. Zo ervaart de patiënt minder last en pijn van de ingreep en hoeft hij na de operatie ook geen verband rond het hoofd te dragen.”

“In de oorchirurgie zullen zowel de microscoop als de klassieke diabolo blijven bestaan, maar voor een aantal indicaties is het gebruik van de oto-endoscoop en de ballontuboplastie veruit te verkiezen”, besluit dr. Geukens enthousiast.

In mei 2017 organiseert dr. Sven Geukens samen met pionier prof. Marchioni uit Verona een internationale opleiding in het ORSI – het OLV Robotic Surgery Institute in Melle.



Dr. Sven Geukens: “Door drukverandering in het oor gaan we geluiden anders horen en horen we dingen waar we anders niet op letten: onze eigen hartslag, oorsuizen enzovoort. Dat kan storend werken.”



“Ik voel me herboren”

“Twee jaar geleden kreeg ik last van hartkloppingen in mijn linkeroor. In het begin is dat vervelend, maar na verloop van tijd wordt het helemaal ondraaglijk. Ik kon er zelfs niet meer van slapen. Ik heb verschillende artsen bezocht. Een neurochirurg probeerde me te helpen met medicatie, een hartspecialist voerde allerlei testen uit, er werden foto's gemaakt met de scanner en de MRI... Niets hielp. Het ging slechter en slechter met mij. Ik sliep gemiddeld nog een tweetal uur per nacht. Het duurde telkens meer dan een uur voor ik de slaap kon vatten, maar heel snel daarna schrok ik weer wakker van het geluid van mijn eigen hart in mijn linkeroor. Ik raakte uitgeput en met twee kinderen, een huishouden en een job is dat geen pretje. Ten einde raad wendde ik mij tot de slaapkliniek, waar ik ook psychiatrische hulp kreeg om het hoofd boven water te houden. Maar de oorzaak van mijn probleem kon niemand wegnemen.

Tot februari 2016. Ik kreeg 's nachts plots erge draaiingen in mijn hoofd en de huisarts raadde me aan om meteen naar de spoed-gevallendienst van het OLV Ziekenhuis te gaan. Daar bleek dat er een 'oorblokje' was vrijgekomen, wat die draaiingen veroorzaakte. Ik ging hiervoor op consultatie bij dr. Sven Geukens en toevallig begon ik over het probleem in mijn linkeroor. “Ik kan niets beloven, maar ik denk dat ik u kan helpen”, zei hij. Met de techniek van ballondilatatie heeft hij mijn linkeroor behandeld. En meteen was mijn toestand enorm verbeterd. Het is nog niet helemaal weg, maar ik geef mezelf een 8 op 10. Wat een opluchting na die zware, slapeloze jaren. Ik zat er echt helemaal door en nu kan ik het weer allemaal aan. Ondertussen bouw ik de slaapmiddelen en andere medicatie af. Ik voel me herboren. Ik heb terug kwaliteit van leven.”

Patricia Kerkhofs uit Dilbeek

OLV Ziekenhuis scoort “excellent” op kwaliteit en patiëntveiligheid



Het OLV Ziekenhuis biedt kwaliteitsvolle dienstverlening en stelt de patiënt centraal. Dat bevestigt de Joint Commission International (JCI). Na een uitgebreide en vijf dagen durende audit op 350 standaarden en 1.200 meetpunten kende de internationale en onafhankelijke organisatie JCI het ziekenhuis een accreditatie toe. Voor de patiënten betekent dit de garantie op kwaliteit, voor de ruim 3.000 medewerkers en artsen een erkenning van hun expertise en een beloning voor hun inspanningen.

Op 15 juni ontving het OLV Ziekenhuis de formele bevestiging van zijn accreditatie door JCI. De audit vond plaats van 6 tot 10 juni. Een uitgebreid team maakte een doorlichting van het volledige ziekenhuis en ging na of de werking beantwoordt aan alle standaarden van kwaliteit en veiligheid voor de patiënt. JCI hanteert 350 standaarden en onderzoekt hiervoor 1.200 parameters. Het resultaat voor het OLV Ziekenhuis noemen de JCI-auditoren “excellent”. Een hart onder de riem voor alle medewerkers en een extra motivatie om ook in de toekomst werk te maken van continue verbetering op het gebied van kwaliteit en veiligheid.

Sterke cultuur

De accreditatie komt er na een grondige voorbereiding. “In 2012 besliste het ziekenhuis om met JCI scheep te gaan voor een grondige audit”, vertelt kwaliteitscoördinator Veerle Dermul. “In april 2013 vond een eerste audit plaats, een zogenaamde gap-analyse. Die brengt in kaart wat de goede punten zijn en waar nog aan gewerkt moet worden. Op basis daarvan konden we heel gericht aan de slag met tal van concrete projecten. Hierbij werden we deskundig begeleid door consultants van JCI, die in 2015 drie keer het ziekenhuis bezochten.” “Positief is dat we met een sterke cultuur konden vertrekken. De directie en alle medewerkers waren doordrongen van de wil om kwaliteit te bieden en de patiënt hierbij centraal te stellen. Wat minder goed was in het begin, was de uniforme aanpak. Hoe uniformer je werkt, hoe minder groot de kans op fouten is. Dat was een werkpunt.”

Waarom artsen en medewerkers wel 10 keer jouw namen vragen

Gezonde competitie

“Alle artsen en medewerkers – van verpleegkundigen tot technici, poetspersoneel en studenten – waren heel gemotiveerd. Mensen zien er de meerwaarde van in. Bovendien geeft het samen streven naar optimale kwaliteit een enorme boost. Het werkt verbindend en je steekt elkaar aan om steeds beter te worden. We organiseerden interne audits, zodat we konden leren van elkaar. Het zorgde voor een gezonde competitie, waarbij iedereen elkaar hielp. Want dat is de kracht van een JCI-accreditatie: je kunt ze alleen behalen als iedereen meewerkt en als het ziekenhuis op alle punten scoort.”

“Dat we nu een ‘excellent’ rapport krijgen, betekent niet dat we op onze lauweren gaan rusten. De gezondheidszorg evolueert voortdurend en we willen de aandacht voor kwaliteit en patiëntveiligheid hoog houden. Alle artsen en medewerkers die zich hard hebben ingezet voor dit resultaat, willen dit vasthouden. Kwaliteit is een ‘never ending story’. Iedereen is mee in dit verhaal. Over drie jaar volgt trouwens een nieuwe uitgebreide audit door JCI”, besluit Veerle Dermul.

“Weten jullie nu nog niet wie ik ben?” lacht patiënt Eric als een verpleegkundige hem zijn naam vraagt voor ze hem zijn medicatie toedient. Voor patiënten komt het inderdaad soms vreemd over als artsen en zorgmedewerkers elke keer opnieuw checken of ze wel de juiste patiënt voor zich hebben. Het belang hiervan mag echter niet onderschat worden. “Liever tien keer teveel dan één keer te weinig iemands naam vragen”, zegt Veerle Dermul. “Artsen en verpleegkundigen zien heel veel patiënten op een dag en een vergissing is nooit uit te sluiten. Door heel simpel nog even te checken, kan je veel leed voorkomen.”

Iets gelijkaardigs gebeurt in het operatiekwartier, waar vóór de patiënt in slaap wordt gebracht het been of de arm die geopereerd moet worden met een stift gemarkeerd wordt. De patiënt is wakker wanneer dat gebeurt en kan dus reageren als er een vergissing gemaakt zou worden. Dat gebeurt gelukkig heel zelden, maar zeker is zeker. Ook in de infrastructuur van het ziekenhuis maken kleine en grote aanpassingen de omgeving veiliger. Zo zijn de losliggende tapijten in de inkomhal vervangen door ingebouwde tapijten, wat minder valaccidenten betekent.

“Maar er zijn ook veel minder zichtbare verbeteringen aangebracht”, weet Veerle Dermul. “Zo zijn heel wat documenten gestandaardiseerd. Dat voorkomt misverstanden in de communicatie of bij de overdracht. De patiënt wordt trouwens meer dan vroeger actief bij de communicatie en de informatie betrokken. Meer en meer wordt de patiënt een ‘actieve partner’ in de gezondheidszorg. Ook dat kan de kwaliteit en de patiëntveiligheid alleen maar ten goede komen.”

“Wij kunnen vaak ingrijpen nog voor de patiënt ergens last van heeft”

Via telemonitoring kunnen hartpatiënten thuis opgevolgd worden. Zo hoeven ze minder vaak op controle naar het ziekenhuis te komen. Als er verdachte parameters zijn, is het ziekenhuis meteen op de hoogte en kan de arts de juiste beslissingen nemen. Willy Timmermans en Koen Van Bockstal geven tekst en uitleg.

Willy Timmermans, Koen Van Bockstal en Dieter Missiaen zijn ‘Device Verpleegkundigen’ in het OLV Ziekenhuis. Zij staan onder meer in voor de programmering van ‘devices’ zoals een pacemaker of een defibrillator. Dat zijn kleine elektronische toestellen die sommige hartpatiënten ingeplant krijgen. Een pacemaker wordt geplaatst als iemand een te traag hartritme heeft. Een defibrillator kan helpen bij een traag of snel ritme of bij een hartstilstand. Een pacemaker en een defibrillator slaan heel wat gegevens over het hartfunctioneren op. Die gegevens worden via een transmitter naar het ziekenhuis doorgestuurd. Daar kunnen deskundigen als Willy en Koen deze parameters bekijken en de patiënt vanop afstand monitoren. Dat heet telemonitoring.

“Op het ogenblik volgen wij een 500-tal patiënten op met telemonitoring. De patiënt krijgt een transmitter mee naar huis. Die

wordt meestal in de slaapkamer geplaatst. Eén keer per nacht stuurt die transmitter automatisch alle gegevens van de voorbije dag door via een gsm-verbinding. De patiënt is met andere woorden heel mobiel. Hij kan zelfs zijn transmitter meenemen op reis en kan van overal ter wereld opgevolgd worden. Als er iets gebeurt, dan kunnen wij de patiënt raad en advies geven. We kunnen bijvoorbeeld aanraden om naar een bepaald ziekenhuis in de buurt te gaan voor verder onderzoek.”

Waardevol hulpmiddel

“Het grote voordeel is dat we kunnen ingrijpen nog vóór de patiënt iets merkt of ergens last van heeft. Waar nodig kan de arts de medicatie aanpassen of de patiënt op consultatie verder onderzoeken. Het systeem verwittigt ons ook als er iets met het toestel zelf aan de hand is: de elektroden die niet goed werken of de batterij die bijna leeg is. Vroeger konden we dat maar vaststellen als de patiënt op consultatie kwam, nu weten we dat meteen. Dat is veiliger en accurater.”

“Let wel: we kunnen geen behandeling op afstand uitvoeren; wij kunnen alleen monitoren. Bovendien helpt telemonitoring niet bij acute problemen. Als iemand in zijn tuin aan het werken is en plots een hartstilstand krijgt, zal de transmitter in de slaapkamer dat

signaal niet oppikken en doorsturen. Als een patiënt zich onwel voelt, kan hij via de transmitter wel manueel zijn gegevens doorsturen en de arts contacteren. Telemonitoring is dus geen sluitend systeem en het mag geen vals gevoel van veiligheid geven, maar het is wel een bijzonder waardevol hulpmiddel.”

Tijdig ingrijpen

“De voordelen van telemonitoring zijn duidelijk. De patiënt moet minder vaak op consultatie komen. Omdat we snel op de hoogte zijn van de kleinste veranderingen, kunnen we tijdig ingrijpen en ernstige problemen voorkomen. Dat zorgt voor een veiliger gevoel en meer comfort bij de patiënt. Ja, telemonitoring redt levens. Ritmestoornissen duren soms kort, waardoor de patiënt er nauwelijks aandacht aan besteedt. Maar ze zijn wel een voorspeller van ernstiger problemen. Elke stoornis, hoe minimaal ook, wordt geregistreerd, zodat we preventief kunnen tussenkomen.”

“In het ziekenhuis bekijken wij elke morgen alle ingekomen gegevens van die nacht. Een alarm hoeft niet meteen gevaar te betekenen. Het kan een sein zijn dat de batterij bijna leeg is. Bij een alarm verwittigen wij de cardioloog. De arts beslist dan wat nodig is”, besluiten Willy Timmermans en Koen Van Bockstal.

“Telemonitoring is een bijzonder waardevol hulpmiddel”, zeggen de device verpleegkundigen. Op de foto (links naar rechts): Koen Van Bockstal, Dieter Missiaen, dr. Tom De Potter, Willy Timmermans, dr. Peter Geelen en dr. Peter Peytchev.





“Om acht uur 's morgens belde Willy mij al”

Yvan Van Hove (54) uit Borchtlombeek (deelgemeente van Roosdaal) heeft al 8 jaar een defibrillator. “In december 2007 had ik een hartinfarct, in januari 2008 kreeg ik een defibrillator. En gelukkig maar, want de voorbije jaren kreeg ik al meerdere keren een shock. Ik word ook opgevolgd met telemonitoring, wat mij een gerust gevoel geeft. Ik weet dat mijn hart voortdurend in het oog gehouden wordt en niet alleen tijdens de consultaties bij de arts.” “Telemonitoring werkt heel gemakkelijk. Alles gebeurt automatisch. De transmitter staat op mijn nachtkastje. Zodra ik binnen een afstand van 2 à 3 meter kom, seint hij de gegevens van de defibrillator naar de databank in het ziekenhuis. Dit gebeurt meestal 's nachts, behalve als er iets verdachts aan de hand is, dan seint hij ook overdag door. Zo is men in het ziekenhuis meteen op de hoogte.”

“Zo had ik ooit een shock in mijn slaap. De transmitter stuurde die informatie meteen door. Om acht uur 's morgens belde Willy mij al op om te horen hoe ik het maakte. Het voelt goed om te weten dat je van zo nabij wordt opgevolgd.”

“Onlangs belde Willy me om te melden dat ik bij een volgende consultatie een afspraak moet maken om de batterij van de defibrillator te vervangen. Ook dat soort informatie stroomt dus goed door. Ik voel me veilig in het OLV Ziekenhuis”, besluit Yvan Van Hove.

Dan toch uiteindelijk een interventionele behandeling **voor diastolisch hartfalen?**



dr. Jozef Bartunek



dr. Martin Penicka

Diastolisch hartfalen wordt vandaag hoofdzakelijk behandeld met medicijnen die de symptomen onder controle proberen te houden. Een nieuwe techniek focust nu op de oorzaak van het diastolisch hartfalen. Het OLV Ziekenhuis werkt als enige Belgische centrum mee aan een grote internationale studie. Dr. Jozef Bartunek is opgetogen over de resultaten. "Dit zou wel eens een doorbraak kunnen zijn."

"Hartfalen is een veel voorkomende aandoening waarbij het hart niet langer in staat is voldoende bloed door het lichaam te pompen om de organen van bloed en zuurstof te voorzien. Er zijn twee soorten hartfalen: systolisch hartfalen en diastolisch hartfalen. Kenmerkend voor het diastolisch hartfalen is dat de linkerhartkamer in onvoldoende mate ontspant, waardoor de vulling van de hartkamers tijdens de diastole (= de fase waarin het hart zich ontspant en weer vult met bloed) in het gedrang komt. Dat leidt op termijn tot verhoogde drukken in de longcirculatie en ophoping van vocht in de longen, wat longoedeem kan veroorzaken. Tot vandaag worden patiënten met diastolisch hartfalen meestal behandeld met een combinatie van geneesmiddelen om de symptomen zo lang mogelijk onder controle te houden. De nieuwe techniek biedt uitzicht op een ingreep die de onderliggende oorzaak aanpakt", vertelt dr. Marc Vanderheyden, diensthoofd Cardiologie.

Onderzoek geeft hoop

Cardioloog dr. Jozef Bartunek legt uit hoe de nieuwe techniek precies werkt. "Via katheterisatie – dus zonder chirurgische ingreep – planten we in de hartwand tussen de rechter- en linkervorkamer van het hart een gesofisticeerd ventiel (met de naam interatrial shunt device of IASD) dat de bloedstroom van de linker- naar de rechtervorkamer mogelijk maakt. Zo stroomt het teveel aan bloed in de longcirculatie door de slecht werkende linkerkamer op een gecontroleerde manier naar de rechterkamer. Daardoor neemt de druk in de linkerkamer af, kan deze zich beter vullen en vermindert tevens de overdruk in de longcirculatie, waardoor de patiënt minder kortademig wordt. Zolang de rechterhartkamer goed functioneert, is die in principe in staat om het extra bloed te verwerken."

Dat was althans de theorie. Om te zien of de techniek ook in de praktijk werkte, namen wereldwijd 21 hartcentra deel aan een onderzoek. Het OLV Hartcentrum participeerde als enige ziekenhuis in België, met dr. Jozef Bartunek en dr. Martin Penicka. "De studie richtte zich op patiënten ouder dan 40 jaar bij wie ondanks de medicatie toch nog verhoogde drukken aanwezig waren. In totaal werd bij 64 patiënten een IASD ingeplant. De patiënten werden daarna zes maanden opgevolgd. De resultaten waren veelbelovend en werden in maart 2016 gepubliceerd in het gezaghebbende tijdschrift *The Lancet*", weet dr. Bartunek.

"De consensus van het onderzoek is dat het implanteren van een IASD tussen beide hartkamers perfect haalbaar is, veilig lijkt en de druk in de linkerhartkamer voornamelijk tijdens inspanningen doet afnemen. Hierdoor hebben de patiënten duidelijk minder klachten van kortademigheid. De techniek betekent mogelijk een nieuwe strategie voor de behandeling van diastolisch hartfalen. Om dit verder te bewijzen start eerstdaags een nieuwe fase 2-studie, waaraan ook het cardiologisch team van het OLV Ziekenhuis participeert", zegt dr. Penicka.

“Eén beeld zegt veel meer dan duizend woorden”

Patiënten die plastische chirurgie ondergaan, hebben vaak vragen over het resultaat na hun ingreep. De dienst Plastische, Reconstructieve en Esthetische Heelkunde van het OLV Ziekenhuis werkt daarom bij borstvergrotingen met 3D-simulaties. “Dankzij onze 3D-scans gaan onze patiënten hun ingreep gerustgesteld tegemoet. Ze krijgen namelijk realistische beelden te zien van hoe hun eigen lichaam eruit zal zien”, vertellen dr. Lucien Lefèvre, diensthoofd, en dr. Gregory Van Eeckhout.

“We kunnen onze patiënten nu echt laten zien hoe hun lichaam eruit zal zien.”



Dr. Lefèvre en dr. Van Eeckhout: “De 3D-simulaties zijn geen exacte voorspelling van een borstvergroting, maar geven wel een concreet idee van bijvoorbeeld de toekomstige vorm en tepelhoogte.”

“Onze patiënten komen met bepaalde verwachtingen bij ons langs”, zegt dr. Van Eeckhout. “Tijdens de consultaties en onderzoeken bespreken we die uitvoerig. Of onze technische mogelijkheden perfect aansluiten bij de verwachtingen van de patiënt, bleef voor patiënten tot voor kort soms moeilijk in te schatten. Onze 3D-scans nemen die onzekerheid nu weg. We kunnen onze patiënten nu echt tonen hoe hun lichaam eruit zal zien. Natuurlijk blijven we overleggen met onze patiënten, maar we merken in de praktijk dat het cliché klopt: één beeld zegt veel meer dan duizend woorden.”

Levensrecht

De 3D-simulaties worden sinds eind 2015 gebruikt op de dienst, tot nog toe enkel bij borstvergrotingen. Dr. Lefèvre licht toe: “We nemen hiermee een voortrekkersrol op, want deze techniek wordt in ons land en op internationaal gebied nog maar zeer beperkt toegepast. Concreet maken we een 3D-scan van onze patiënten tijdens een consultatie. We gebruiken daarvoor eenvoudigweg een computertablet met 3D-sensor. We verwerken de beelden en simuleren daarop de geplande ingreep. Samen met de patiënten bekijken en bespreken we het resultaat.

Patiënten ontvangen de 3D-simulaties ook via e-mail, met een persoonlijke link. Zo kunnen ze thuis, eventueel samen met hun partner, alles nog eens overlopen. Voor een levensrecht effect kunnen we ook met een 3D-bril de beelden bekijken. Patiënten krijgen hun nieuwe lichaam dan van kop tot teen te zien.

Tot nog toe hebben we de vraag nog niet gekregen, maar we kunnen zelfs nóg een stapje verder gaan en 3D-prints laten maken van de simulaties.”

Geen gadget

De nieuwe techniek speelt in op de vragen van patiënten, merken de artsen. “In ons vak zijn beelden heel belangrijk. We werken bijvoorbeeld steeds met voor-en-na-foto’s. Patiënten brengen zelf ook vaak foto’s mee als voorbeeldmateriaal van het resultaat dat zij voor ogen hebben. Nu kunnen we op de 3D-beelden meteen zien hoe we die vraag in de praktijk kunnen vormgeven. De 3D-simulaties zijn geen exacte voorspelling, maar geven wel een concreet idee van het mogelijke resultaat”, aldus dr. Van Eeckhout.

Dr. Lefèvre vult daarop aan: “Een borstvergroting blijft een grote stap. 3D-simulaties nemen nu een groot deel van de onzekerheid van patiënten weg. 3D-simulaties zijn dus geen gadget: ze verlagen de drempel en zijn voor onze patiënten een belangrijke meerwaarde. Voor andere ingrepen, bijvoorbeeld aan het gezicht, gebruiken we de 3D-beelden nog niet, want die ingrepen zijn vaak subtieler en de vraag van die groep van patiënten naar een 3D-preview is nog beperkt. Maar deze 3D-trend zal in populariteit alleen maar toenemen.”

Via www.plast-chirurgie.be/3-d/ kan je voorbeelden van 3D-simulaties bekijken.

“Dit is een mooie doorbraak voor diabetici”

Diabetespatiënten krijgen voortaan een volledige of gedeeltelijke terugbetaling van nieuwe meettechnieken met een sensor en scanning. “Dit is een mooie doorbraak”, zegt dr. Frank Nobels van de dienst Endocrinologie – Diabetologie opgetogen.

“Uiteraard ben ik blij met deze nieuwe diabetesconventie: ik heb ze zelf mee onderhandeld”, lacht dr. Nobels “Ik ben fier dat we minister De Block en de ziekteverzekering (RIZIV) hebben kunnen overtuigen om hiervoor de nodige middelen vrij te maken. We zijn hiermee het eerste land dat de nieuwe meettechnologie volledig of gedeeltelijk terugbetaalt. Dit is de grootste stap vooruit sinds we van urinecontrole op bloedcontrole zijn overgeschakeld.” De nieuwe technologie werkt met een sensor die onder de huid wordt geplaatst. De patiënt kan dan de suikerwaarde aflezen door een toestelletje boven de sensor te houden. Dit wordt ook wel ‘scannen’ of ‘flashen’ genoemd. Vingerprikken hoeven dan alleen nog te gebeuren als er twijfel bestaat over de waarde of bij te lage bloedsuiker.

3 groepen patiënten

De nieuwe conventie deelt de patiënten in drie groepen in. Groep A bestaat uit de patiënten met diabetes type 1. “Deze patiënten kunnen zelf geen insuline meer aanmaken en moeten intensief hun glycemie opvolgen. Zij zijn dus het meest gebaat bij de nieuwe technologie. Deze groep patiënten krijgt de flash monitoring volledig terugbetaald. Daarbovenop krijgen ze nog 25 vingerprikstrips per maand.”

Groepen B en C zijn patiënten met type 2 diabetes die behandeld worden met insuline. “De bloedsuikerwaarden van deze patiënten zijn doorgaans stabiel. Zij moeten minder frequent controleren. Voor hen is er een gedeeltelijke terugbetaling voorzien. Zij kunnen het bedrag dat ze normaal voor vingerprikstrips zouden gebruiken inwisselen voor de nieuwe sensoren en betalen dan een toeslag.”

“Het is belangrijk dat de nieuwe technologie voor zoveel mogelijk patiënten toegankelijk wordt”, zegt dr. Nobels. “Alleen zo kan de prijs in de toekomst dalen.”

“Aanvankelijk was de nieuwe diabetesconventie alleen voor volwassenen, maar dat is ondertussen bijgesteld: ook kinderen vanaf vier jaar kunnen gebruik maken van de nieuwe regeling.”



Dr. Nobels is opgetogen over de nieuwe diabetesconventie.

Hoe werkt de nieuwe technologie?

- De sensor wordt in de bovenarm geprikt en werkt 14 dagen.
- De informatie die de sensor geeft: de waarden van de jongste 8 uur, de huidige waarde en een voorspellende trend: stijgend, dalend, stabiel.
- De sensor geeft geen alarm bij hoge of lage waarden.
- Er moet minstens vier keer per dag gescand worden, maar dat kan discreet doorheen de kleding.

Meer informatie bij de dienst Endocrinologie – Diabetologie, tel. 053 72 44 88.

Red een leven

Ook jij kunt iemands leven redden bij een hartstilstand. Alleen moet je hiervoor de juiste technieken inoefenen en bij voorkeur ook de juiste middelen ter beschikking hebben. Het OLV Ziekenhuis engageert zich met tal van andere partners voor een Hartveilig Aalst. Verpleegkundigen van de dienst Spoedgevallen geven opleidingen basisreanimatie, waar inwoners van Aalst kunnen oefenen met een AED, een 'automatische externe defibrillator'.

"Het initiatief gaat uit van het Rode Kruis, dat zoveel mogelijk 'hartveilige steden' wil", zegt spoedverpleegkundige Tim De Smedt. "Jaarlijks krijgen zowat 10.000 Belgen een hartstilstand en slechts één op vijf van hen krijgt een basisreanimatie. Hierdoor bedragen de overlevingskansen op lange termijn slechts 5 tot 10%. Dat is weinig als je weet dat iedereen in principe zo'n basisreanimatie met AED-gebruik kan geven. Burgemeester Christoph D'Haese was meteen geprikkeld door het idee van het Rode Kruis en richtte een werkgroep AED op onder de vleugels van de dienst Noodplanning van de stad Aalst."

Voldoende toestellen

"Het Rode Kruis wil dat elke stad minstens één openbare AED heeft. Dat is een eenvoudig te gebruiken toestel dat indien nodig een elektrische schok aan het hart toedient. Verder wil het Rode Kruis dat minstens 10% van het stadspersoneel is opgeleid om met een AED te werken. Met Hartveilig Aalst willen we graag een stap verder gaan en ook zoveel mogelijk Aalstenaars een opleiding geven."

"Wij stellen met de werkgroep twee streefdoelen voorop. Ten eerste willen we AED-toestellen op zoveel mogelijk openbare plaatsen, goed verspreid over de stad en de deelgemeenten. We hebben ondertussen een inventaris gemaakt: Aalst en randgemeenten hebben vandaag al een 50-tal AED's, vooral in het centrum van de stad. Een betere spreiding is dus mogelijk. Bovendien zijn maar 12 van deze toestellen dag en nacht beschikbaar op een openbare plek. Ook dat kan beter. Ons doel is om in elke deelgemeente minstens een AED ter beschikking te stellen bij het dorpsplein én op plaatsen waar geregeld grote groepen mensen samenkomen. Een AED kost gemak-



kelijk 1.500 tot 2.000 euro, maar de stad wil hierin investeren. Bovendien kent Aalst ook subsidies toe aan verenigingen die een AED wensen aan te kopen of hun AED voortaan ook openbaar ter beschikking willen stellen in een buitenkast. Op die manier willen we het aantal openbare AED's drastisch uitbreiden."

Gratis opleidingen

"Maar met toestellen alleen ben je niks: mensen moeten er ook mee kunnen werken. Dat is ons tweede streefdoel. Daarom organiseren we met Hartveilig Aalst gratis opleidingen van een 2-tal uur, telkens van 19.30 tot 21.45 uur. Tijdens die korte opleiding leren we technieken voor basisreanimatie met AED-gebruik volgens de meest recente Europese reanimatierichtlijnen aan. Daarnaast geven we informatie over hoe mensen de juiste hulplijnen kunnen inschakelen als er iets gebeurt."

"Eigenlijk zou elke burger zo'n opleiding moeten volgen", zegt Tim De Smedt. "Je kunt er immers het leven van je partner, je ouder, een vriend, een buur of een vreemde mee redden. Iedereen kan het, maar je moet de juiste techniek leren. De opleiding is niet theoretisch, maar heel praktisch, zodat de deelnemers kunnen oefenen."

"Tijdens een eerste bijeenkomst op 24 juni daagden alvast een 150-tal geïnteresseerden op. De eerste opleiding vindt plaats op 18 oktober in Hogeschool Odisee in Nieuwerkerken. Je vindt alle informatie op de website van Aalst: www.aalst.be."



Draadloze pacemaker doet zijn intrede



Links een traditionele pacemaker, rechts de draadloze mini-pacemaker.



Dr. Beelen en dr. Peytchev: "De draadloze pacemaker kan de nieuwe standaard worden."

In juni werd in het OLV Ziekenhuis voor het eerst een draadloze Micra™ pacemaker ter grootte van een vingertop ingeplant in het hart van een patiënt met bradycardie. De procedure werd uitgevoerd door cardiologen Peter Peytchev en Marc Vanderheyden. Ook dr. Roel Beelen van de dienst Cardiovasculaire en thoracale heekunde was nauw bij het project betrokken.

Bradycardie is een hartritmestoornis gekenmerkt door een abnormaal traag hartritme. Pacemakers vormen al jaren het aangewezen instrument om deze stoornis aan te pakken. Bij een te traag hartritme stuurt de pacemaker impulsen naar het hart waardoor dat terug sneller gaat kloppen.

Conventionele pacemaker

Het concept van de conventionele pacemaker is de jongste dertig jaar niet meer veranderd, al werden de modellen wel steeds kleiner. Vandaag meten ze ongeveer 6 cm diameter en zijn ze 0,5 cm dik. Ze worden onder de huid ingeplant ter hoogte van de schouder, waar dan een kleine uitstulping zichtbaar is. Deze conventionele pacemaker wordt via elektrische geleiders ('leads') verbonden met de plaats in het hart waar de elektrische im-

pulsen dienen afgeleverd te worden. De geleiders worden via een snede van 5 tot 10 cm ingebracht. De conventionele pacemakers zijn een doeltreffende therapeutische optie en hebben nog altijd een uitstekende reputatie.

Nadelen van geleiders

Toch kunnen de geleiders of leads voor nadelen zorgen. "Ze blijven de achillespees van conventionele pacemakers. Leads zijn zeer gevoelig en kunnen breken, met slecht functioneren van de pacemaker tot gevolg. Leads kunnen ook infecties en zelfs trombose van bloedvaten veroorzaken. Soms is het om anatomische redenen niet mogelijk om de leads via de klassieke bloedvaten te implanteren. Bij een Micra™ pacemaker komen al deze leadgerelateerde problemen niet voor, aangezien de pacemaker rechtstreeks in het hart geïmplanteerd wordt", zegt dr. Beelen.

"De draadloze pacemaker wordt met een katheter langs de lies in de hartkamer ingeplant. De patiënt kan snel weer naar huis en heeft verder geen belemmeringen. Daarenboven is de nieuwe pacemaker niet zichtbaar onder de huid, omdat hij in het hart zit. De minipacemaker wordt bij voorkeur gebruikt bij patiënten die in aanmerking komen voor een eenkamerpacemaker", vult dr. Peytchev aan.

Hoewel de draadloze pacemaker vanuit therapeutisch oogpunt de nieuwe standaard kan worden, zit dat er in België niet onmiddellijk aan te komen, omdat de ziekteverzekering voorlopig geen terugbetaling voorziet. Bovendien mogen ziekenhuizen de extra kost van de draadloze pacemaker niet op de patiënt verhalen, zelfs al stemt die daarmee in. Maar er is ook goed nieuws. Dr. Marc Vanderheyden, diensthoofd Cardiologie: "Het OLV Hartcentrum heeft beslist om de kost van deze niet-vergoede therapie op zich te nemen. De behandeling wordt voorbehouden voor patiënten bij wie een pacemaker met geleiders geen optie is. Zo stellen wij de patiënt centraal en kunnen we als artsen tegelijk onze expertise verder uitbouwen en voeling blijven houden met de recentste wetenschappelijke ontwikkelingen in ons vakgebied. Ondertussen zijn reeds drie patiënten met succes behandeld met de Micra™ pacemaker."

“Een moment om nooit te vergeten”

2016 was een onvergetelijke sportzomer dankzij de mooie resultaten van onze Belgische atleten op de Olympische Spelen in Rio de Janeiro. Die schitterende resultaten zijn in de eerste plaats het werk van de atleten zelf, maar ze werden ook omringd en begeleid door een professioneel team, onder wie dr. Roel Parys van de dienst Fysische geneeskunde en Revalidatie van het OLV Ziekenhuis. Hij was lid van het BOIC-artsenteam op de Olympische Spelen.

Hoe bent u lid geworden van het BOIC-artsenteam?

Dr. Roel Parys: Ik ben al zes jaar arts van de Vlaamse Atletiekfederatie. Zo maakte ik onder meer al drie EK's en drie WK's mee. Voor de Olympische Spelen werd ik door de atletiekfederatie voorgedragen. We waren in totaal met vier artsen: twee huisartsen-sportartsen, orthopedisch chirurg prof. Bellemans met wie ik geregeld samenwerk en ikzelf als arts fysische geneeskunde. Met ons vieren stonden we in voor alle Belgische atleten van alle disciplines.

Wat was uw belangrijkste opdracht in Rio?

Als artsenteam zijn we er om een antwoord te bieden op alle vragen en problemen van de atleten. We hadden onder meer twee echo-toestellen en een apotheek bij ons. We werkten zowel achter de schermen, in het Olympisch dorp, als tijdens de trainingen en de wedstrijden. We moesten voortdurend stand-by zijn. We werkten als artsen goed samen, maar elk van ons had ook eigen disciplines om op te volgen. Mijn disciplines waren atletiek, triatlon en taekwondo. Ik trachtte bij zoveel mogelijk trainingen en wedstrijden van deze disciplines aanwezig te zijn.

Dat zijn drukke weken geweest?

Het is een ander ritme dan gewoonlijk. Hier zie ik de ene patiënt na de andere, maar in Rio moet je vooral aanwezig zijn voor als er iets gebeurt. Het waren soms lange dagen: om zes uur 's morgens mee op de bus naar de wedstrijden taekwondo en dan 's avonds tot half één nog op de atletiekpiste.

Bent u veel moeten tussenkomen? Ik herinner me medische problemen voor Kevin Borlée en zeilster Evi Van Acker?

Het viel al bij al mee. Bij Kevin Borlée was ik deel van het team dat hem intensief behandeld heeft de laatste weken. Ik was er in juni ook bij op het EK in Amsterdam en toen had hij al last van zijn achillespees. We hebben hem dan tijdens de zomer verder opgevolgd en trachten klaar te krijgen voor de Olympische Spelen. Gelukkig heeft hij toch een hele goede wedstrijd kunnen lopen. Bij de zorg voor Evi Van Acker was ik niet betrokken. Mijn collega prof. Bellemans is zelf een voormalige zeiler en hij volgde dan ook die discipline.

Hebt u tijd gehad om te genieten van het hele gebeuren?

Van de wedstrijden wel, maar van de stad Rio of van het land zelf heb ik niets gezien. Maar het is natuurlijk wel leuk. Het heeft wel iets, zo'n Olympisch dorp met duizenden atleten van over de hele wereld. Ik heb ook genoten van de goede samenwerking en van de puikere resultaten van onze atleten. Je voelt je echt deel van het Belgische Olympische team op zo'n moment. Tijdens de slotceremonie in het fantastische Maracanã-stadion in Rio de Janeiro mochten wij samen met de atleten achter de Belgische vlag lopen. Een moment om nooit te vergeten!



Wat zijn uw volgende grote afspraken?

Ik ben ook ploegarts van de BMC-Etixx triatlonploeg, waarmee ik onder meer de Ironman in Hawaï voorbereid. Dichter bij huis help ik natuurlijk de medische staf van Okapi Aalst en volleybalclub Lindemans Aalst waar mogelijk. En met de atletiekfederatie is de volgende grote afspraak het WK Atletiek in Londen komende zomer. Ik kijk er al naar uit.

In het midden zie je dr. Roel Parys op de Olympische Spelen in Rio.



Evi Van Acker @evivanacker
About last night! Onze Tornado's met een NR naar de finale. Ik doe vandaag dezelfde sokken aan!! #GOTEAM
1:56 PM - 20 Aug 2016



“App geeft mij vertrouwen en gemoedsrust”

Mario Houthoofd, oprichter van het Vlaamse IT-bedrijf linkID, was de drijvende kracht om samen met de dienst Urologie van het OLV Ziekenhuis een webapplicatie te ontwikkelen voor het symptoomdagboek. Zijn werk wordt door zijn zoon Dieter voortgezet. De app wordt momenteel getest door een tiental patiënten, onder wie William Van Dender (64) uit Merelbeke. Hij is in de wolven over de nieuwe app. “Ik ben behandeld voor prostaatkanker. Omdat een chemobehandeling met nevenwerkingen gepaard kan gaan, moet ik goed opgevolgd worden. Ik moet thuis in een dagboek heel

wat gegevens bijhouden: over mijn gemoedsgesteldheid, mijn voeding, eventueel verminderde eetlust, veranderde smaak, ontstekingen of andere pijn, roodheid, braken enzovoort. Gelukkig heb ik sinds kort een heel eenvoudige app op mijn smartphone hiervoor. Vroeger noteerde ik de symptomen in een papieren dagboek. Dat hield ik dan drie weken bij om het tijdens een volgende afspraak in het ziekenhuis aan de verpleegkundige te tonen. Het digitale dagboek daarentegen slaat meteen alle gegevens op in een databank in het ziekenhuis. Als er iets niet helemaal klopt

of als ik pijn heb, dan ziet de verpleegkundige dat veel sneller. Zo kunnen zij en de arts korter op de bal spelen. Weten dat iemand me van nabij volgt, geeft mij een gevoel van zekerheid en gemoedsrust. Het geeft me meer vertrouwen in de arts en de verpleegkundigen. Ik weet dat ik altijd kan opbellen als er iets is en dat ik dan meteen antwoord krijg. Omdat zij bovendien alle gegevens nauw kunnen opvolgen, hoef ik niet per se iedere keer naar het ziekenhuis te komen. Ja, ik ben helemaal gewonnen voor de nieuwe app.”