



az West CONNECT

4e jaargang
nr.1 • mei 2019

Uitbreiding zorgaanbod oncologie

Nieuwe MR-technologie

Blaaspolipose

Achter de schermen: de Centrale

Sterilisatie Afdeling



az **West**

Zorg op mensenmaat

5 JAREN VAN VOORUITGANG

Voor u ligt alweer een volgende editie van het az West Connect magazine, het laatste met een voorwoord van mijn hand. Tijd dus om even stil te staan bij mijn 5-jarige termijn als hoofdarts... De jaren zijn voorbij gevlogen.

Binnen az West is er een gigantische stap vooruit gezet. Het ziekenhuis heeft letterlijk een metamorfose ondergaan door alle renovatiewerken. Daarnaast werd een nieuwe naam met een nieuwe missie en visie gelanceerd.

Mijn streven was om zoveel mogelijk basis- en gespecialiseerde zorg dichtbij de patiënt te kunnen aanbieden. Ik ben dan ook blij met de gerealiseerde verdere uitbreiding van het medische zorgaanbod met nieuwe disciplines zoals reumatologie, hematologie en oncologie. Daarnaast hebben veel disciplines zich verder ontwikkeld en bieden ze binnen hun discipline de laatste moderne technieken aan. Ook de opstart van de MRI heeft az West een boost gegeven. De samenwerking met de huisartsenkring werd verder verstevigd, zodat een goede basis is gelegd om in de toekomst de zorg binnen de eerste en tweede lijn verder op elkaar af te stemmen. Het KOM-netwerk startte voorzichtig maar ondertussen hebben de hoofdartsen en verpleegkundig directeurs elkaar gevonden en geloof ik in de voordelen van het KOM-netwerk.

Het meest van al ben ik nog steeds enorm fier op het behalen van de JCI-accreditatie waar iedere medewerker zich ongelooflijk voor heeft ingezet en waardoor de kwaliteit en patiëntveiligheid naar een hoger niveau is getild.

Az West heeft ook een belangrijke stap gezet op het vlak van interne en externe communicatie waarvan dit magazine in mei een gewaardeerd voorbeeld is.

Jammer genoeg kwam het ziekenhuis recent ook negatief in het nieuws. Het is uitermate spijtig te moeten vaststellen dat bepaalde individuen menen een interne discussie in de media te moeten voeren. Het is een kaakslag voor iedere medewerker die zich dagdagelijks met veel toewijding inzet voor de zorg aan onze patiënt én de goede naam van het ziekenhuis. Ondertussen is met behulp van externe consultants een verbetertraject opgezet.

We blijven werken aan de toekomst; In dit magazine vindt u o.a. meer informatie over innovatieve zorg in het ziekenhuis en nieuwe technieken bij MRI-onderzoeken. Daarnaast kunt u kennismaken met de centrale sterilisatie afdeling (CSA) als kloppend hart van het operatiekwartier, is er een interview met dr. Vroman, medisch oncoloog die recent in het ziekenhuis gestart is en vindt u een artikel over blaaspolipose geschreven door onze nieuwe urologe dr. Deriemaeker.

**“MIJN STREVEN WAS OM
ZOVEEL MOGELIJK BASIS- EN
GESPECIALISEERDE ZORG
DICHTBIJ DE PATIËNT TE KUNNEN
AANBIEDEN. IK BEN DAN OOK BLIJ
MET DE GEREALISEERDE VERDERE
UITBREIDING VAN HET MEDISCHE
ZORGAANBOD.”**

Dr. H. Lebbinck, hoofdarts



NIEUW CHIRURGISCH DAGZIEKENHUIS

Begin 2019 is ons nieuw chirurgisch dagziekenhuis geopend. Deze afdeling werd ingericht in dezelfde stijl van het oncologisch dagziekenhuis dat een jaar eerder opende. Meer en meer ingrepen gebeuren in dagopname en daar wil az West graag op inspelen. De hypermoderne afdeling voldoet aan de laatste technologische snuffjes en werd voorzien van veel licht en ruimte. Dit is zowel aangenaam voor het personeel om te werken als voor de patiënt die er in een comfortabele, huiselijke omgeving kan verblijven.

Het oncologische dagziekenhuis heeft een capaciteit van 16 zetels en 10 bedden en het chirurgisch dagziekenhuis telt 20 bedden en 8 zetels, goed voor ongeveer 13 000 patiënten per jaar. Beide afdelingen bevinden zich op het gelijkvloers en zijn met elkaar verboden via een grote wachtzaal, 'de lounge', met aparte onthaalbalie. Operationeel ligt alles dus dichtbij elkaar.

VERANDERDE PATIËNTENFLOW

In het nieuwe chirurgisch dagziekenhuis krijgt de patiënt pas na zijn onderzoek/ingreep zijn kamer toegewezen. De patiënt hoeft dus geen uren meer op voorhand aanwezig te zijn. De patiënt die 'ontslagklaar' is, wacht in een comfortabele zetel in de ontslagruimte op het bezoek van de arts of op ontslagdocumenten. Daardoor is de patiëntenkamer slechts kort bezet wat leidt tot een maximale capaciteit van deze dienst.



TWEE NIEUWE ZALEN

Binnen deze nieuwbouw zijn ook twee zalen voorzien: een operatiezaal en een behandelzaal. Op die manier kunnen een aantal onderzoeken/behandelingen/ingrepen (bv. pijnbehandelingen, blaasonderzoeken, lokale ingrepen zonder algemene narcose etc.) quasi ter plaatse doorgaan en hoeft de patiënt niet voor alles meer naar het operatieblok te worden vervoerd. Eens alle werken in blok B afgerond zijn, zal er ook een aparte inkom zijn voor patiënten van het dagziekenhuis.

Route 190
T. 058 33 32 59



UITBREIDING ZORGAANBOD ONCOLOGIE IN AZ WEST

Met de komst van medisch oncoloog dr. Vroman wil az West werk maken van het zorgprogramma oncologie. Om erkend te worden als oncologisch centrum moet je t.a.v. de overheid aan een aantal criteria voldoen, o.a. beschikken over een medisch oncoloog. Dankzij dr. Vroman wordt het oncologisch aanbod in Veurne uitgebreid en moeten patiënten geen grote afstanden afleggen voor hun behandeling.

WAT BETEKENT UW KOMST ALS MEDISCH ONCOLOOG VOOR HET ZIEKENHUIS IN VEURNE?

"Het is de bedoeling met de komst van een medisch oncoloog de bestaande medische zorg uit te breiden. Zo kunnen oncologische patiënten hier in Veurne voor quasi alle medicamenteuze behandelingen terecht en hoeven ze geen grote afstanden meer af te leggen. Door hier 3 dagen per week aanwezig te zijn kan de opvolging van patiënten en de continuïteit van de zorgen veel beter gegarandeerd worden. Ook de meest innovatieve medicamenteuze therapieën kunnen nu in az West aangeboden worden, voor o.a. borstpathologie, gynaecologische tumoren, huidtumoren en ORL pathologie. Ik denk hierbij o.a. aan de immunotherapie die een specifieke internistische opvolging vereist."

HOE WILT U DEZE UITBREIDING VERDER AANPAKKEN?

"Er is reeds een hoogstaand medisch aanbod op gebied van thoracale oncologie, digestieve oncologie, urologie en chirurgie van borsttumoren, gynaecologische tumoren, huidtumoren, e.a. Met de komst van een medisch oncoloog wordt dit aanbod uitgebreid. Samen met alle oncologische betrokken disciplines moeten we dit multidisciplinair verder uitbouwen en als oncologisch team ons centrum regionaal op de kaart zetten."

"De bestaande paramedische begeleiding zal naar alle oncologisch patiënten worden uitgebreid en beter gestructureerd worden. Denk aan onze

oncocoach die elke oncologische patiënt van bij de diagnose zal opvolgen, informeren en begeleiden. Ook onze diëtiste, klinisch psychologe en sociaal verpleegkundige zullen hierbij nauw betrokken worden."

"Radiotherapie is een essentieel onderdeel van de behandeling van kanker. Zoals vele centra beschikt het az West echter niet over een eigen dienst radiotherapie. Door een nauwe samenwerking met het AZ Sint-Jan ziekenhuis in Brugge aan te gaan en door de aanwezigheid van radiotherapie consulenten op elk multidisciplinair overleg in ons ziekenhuis kunnen we aan onze patiënten ook op dit vlak de beste zorgen garanderen met bovendien een vlotte en snelle, laagdrempelige doorverwijzing."

WAT IS UW AMBITIE?

"Het is een uitdaging om in een zogezegd kleiner centrum een zo breed mogelijk, kwalitatief hoogstaand, 'state of the art' oncologische zorg te kunnen bieden. Kleinschaligheid hoeft echter geen handicap te zijn, integendeel. Kortere communicatielijnen helpen om sneller beleidsbeslissingen te kunnen nemen. Als arts op de werkvloer, met de vinger op de pols, is een vlotte verstandhouding met de ziekenhuisdirectie maar ook met andere collega's essentieel. Dit is veel gemakkelijker in een klein centrum vergeleken met grote centra waar logge structuren, vaak multiple beleidsniveaus soms essentiële beslissingen of beleidsaanpassingen nodeloos vertragen. Ook is het bijzonder aangenaam werken in een volledig vernieuwd en zeer patiëntvriendelijk oncologisch dagziekenhuis met een sterk verpleegkundig team."

ZIJN ER NIEUWIGHEDEN IN DE ONCOLOGIE ?

"In de oncologie zijn er medicamenteus de laatste twee decennia drie groten golven geweest: de opkomst van nieuwe moderne cytostatica (chemotherapie), dan gerichte behandelingen (TKI's), en last but not least de opkomst van immunotherapie: de missing link! Hierbij gaat men het eigen afweersysteem



(eigen witte bloedcellen) tegen de tumorcellen richten. Dit is een bijzonder gunstige benadering gebleken en de resultaten zijn dan ook ongezien. Denk aan melanomen waar men nu mogelijks zelfs bij uitgezaaide ziekte langdurige ziektecontroles en misschien zelfs genezing kan bekomen. Ook longtumoren, niertumoren en blaastumoren hebben van deze opmerkelijke nieuwe ontwikkeling de vruchten geplukt. Er gaat geen maand voorbij zonder nieuwe toepassingsgebieden of verdere innovaties. We leven in boeiende tijden!”

WELKE KANKERS KOMEN HET MEEST VOOR ?

“Long-, borst-, dikke darm,- en prostaatkanker blijven de meest frequente. Bij elk van deze vormen zijn de inzichten en behandelingsmogelijkheden fors uitgebreid in de laatste 5 jaar. Bij borstkanker beschikken we sinds kort over nieuwe middelen (celcyclus remmers) met bij hormoongevoelige kankers spectaculaire resultaten als gevolg. Bij prostaatkanker kan nieuwere krachtige hormonale medicatie de levensverwachting significant verlengen. Huidtumoren, o.a. melanomen komen frequenter voor dan vroeger maar zijn beter behandelbaar. Ook bij longkanker is het therapeutisch arsenaal uitgebreid.”

Dr. Philippe Vroman
medisch oncoloog

E. Philippe.Vroman@azwest.be



“KLEINSCHALIGHEID ZIE IK ALS TROEF EN NIET ALS HANDICAP. GEPERSONALISEERDE ZORG EN KORTE COMMUNICATIELIJNEN ZIJN HIER EEN BELANGRIJK ASPECT VAN.”

ONCOCOACH

Als iemand te horen krijgt dat hij kanker heeft, kan er veel veranderen in zijn/haar leven en dat van hun naasten. Niet alleen lichamelijk, maar ook emotioneel krijgt de patiënt veel te verwerken. In een periode die veel spanning en onzekerheid met zich mee kan brengen, is de behoefte aan duidelijkheid en persoonlijke begeleiding groot. De oncocoach vormt hierbij een (laagdrempelig) aanspreekpunt waarbij de patiënt met al zijn vragen over de diagnose, behandeling en nazorg terecht kan.

De oncocoach heeft ook een doorverwijsfunctie naar andere zorgverleners zoals de oncologisch verpleegkundigen van het oncologisch dagziekenhuis, de psychologe, sociale dienst, diëtiste, pijnverpleegkundige, kinesiste enz. en coördineert het zorgtraject binnen ons ziekenhuis.

“ONCOLOGIE IS VOOR MIJ EEN ZEER HARDE, EMOTIONELE WERELD MAAR OOK EEN ZEER BOEIENDE WERELD DIE VOORTDUREND IN EVOLUTIE IS. AANGEZIEN JE HET AANSPEEKPUNT BENT VOOR DE PATIËNT, KUN JE OOK ECHT EEN BAND OPBOUWEN DIE PERSOON.”

Naast het luik patiënten/artsen is er ook een administratief luik. Het opmaken van diverse zorgpaden hoort hierbij met als doel het standaardiseren van processen voor klinische zorg, alsook het geven van bijscholingen aan collega's en patiënten en het samenbrengen van de werkgroep antitumorale medicatie.

Nathalie Scharre

E. oncocoach@azwest.be

T. 058 33 39 14



“DE BELANGRIJKSTE RISICOFAC-
TOR VOOR HET ONTWIKKELEN VAN
BLAASTUMOREN IS ONGETWIJFELD
ROKEN.”

BLAASPOLIPOSE

Blaastumoren worden opgesplitst in spierinvasieve en niet-spierinvasieve tumoren. Van alle blaastumoren zijn 20-30% spierinvasief en 70-80% niet-spierinvasief.

EPIDEMIOLOGIE

De niet-spierinvasieve blaastumoren treffen 6% van de Westerse mannen en 2% van de vrouwelijke populatie. Het betreft respectievelijk de 4de en 10de meest frequente oorzaak van kanker bij deze populaties. De gemiddelde leeftijd bij diagnose is 65 jaar en deze wordt vaak gesteld door klachten van macroscopische hematurie of irritatieve micties. De belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van blaastumoren is ongetwijfeld roken. Bijkomende risicofactoren zijn beroepsmatige blootstelling aan chemische stoffen, radiotherapie, chemotherapie en chronische urineweginfecties t.g.v. stenen, verblijfkatheters of schistosomiase.

DIAGNOSE

De diagnose wordt gesteld na transurethrale endoscopische resectie van een blaaspoliep (TURB). Bijkomende onderzoeken bij de oppuntstelling van irritatieve mictieklachten of hematurie zijn steeds een microscopisch urine onderzoek, beeldvorming van de urinewegen en een cystoscopie. In functie van het anatomopathologisch onderzoek kunnen de niet-spierinvasieve blaastumoren worden ingedeeld in een laag risico, intermediair risico en hoog risico groep. Dit onderscheid is belangrijk voor het bepalen van het risico op recidivering, progressie en bijgevolg ook de follow-up.

BEHANDELING

Een rookstop moet steeds aan de patiënt worden aanbevolen aangezien dit een effect heeft op de outcome van blaastumoren.

De laag risico groep bestaat uit niet-invasieve en laaggradige tumoren, primaire letsels en letsels kleiner dan 3 cm diameter. Hierbij wordt een éénmalige postoperatieve instillatie met Mitomycine C voorgesteld om het risico op recidieven te beperken.

Deze moet binnen de 24u na de ingreep intravesicaal worden toegediend om zijn optimale effect te bereiken.

De intermediaire risicogroep bestaat eveneens uit niet-invasieve en laaggradige tumoren die multifocaal verspreid zijn of deze waarbij het een recidief betreft. Unieke tumoren die tot in het subepitheliaal weefsel rijken en laaggradig zijn behoren ook tot deze groep. Aan deze patiënten zal een bijkomende behandeling worden voorgesteld onder de vorm van intravesicale blaasinstillaties met chemotherapie (Mitomycine C) dan wel immunotherapie (BCG).

De hoog risico groep zijn de patiënten met carcinoma in situ, een hooggradig subepitheliaal letsel of een niet-invasieve tumor die groter is dan 3 cm diameter. Een recidief van een niet-spierinvasieve tumor na minder dan 6 maand en onder behandeling met Mitomycine C of BCG wordt eveneens als een hoog risico beschouwd. De aanbevolen behandeling is een intravesicale instillatie met BCG gedurende 1 tot 3 jaar, dan wel een radicale cystectomie.

Mitomycine C veroorzaakt minder neveneffecten dan BCG, maar heeft ook minder effect op de preventie van recidiverende blaastumoren. Momenteel is er eveneens een probleem met de beschikbaarheid aan BCG waardoor we tijdelijk alle patiënten een bijkomende behandeling met Mitomycine C moeten voorstellen.

PROGNOSE

De 5-jaarsoverleving is hoog: 70-96%, maar de kans op recidieven ligt eveneens zeer hoog. Om deze reden zal er steeds een nauwe follow-up gebeuren om recidieven steeds snel te kunnen opsporen en progressie te voorkomen waar mogelijk.

De spierinvasieve tumoren kennen een volledig andere aanpak en prognose dan niet-spierinvasieve tumoren.

Dr. Hanne Deriemaeker, uroloog
E. Hanne.Deriemaeker@azwest.be

NIEUWE MR-TECHNOLOGIE IN AZ WEST BIEDT MEER MOGELIJKHEDEN EN KWALITEIT

Op 20 mei 2019 zal het 3 jaar geleden zijn dat het 3 Tesla MR-toestel in az West opgestart werd. Dit was een mijlpaal voor het ziekenhuis, dat met de komst van een MR-toestel de hoogste kwaliteit in medische beeldvorming ambieert. Ondertussen blijven we verder streven naar de nieuwste en beste technologie. In november 2018 is compressed SENSE geïmplementeerd op het 3T MR-toestel. Deze state of the art technologie biedt opportuniteiten voor nieuwe interessante sequenties en verbeterde beeldkwaliteit in alle MR-domeinen.

COMPRESSED SENSE?

Een MR-toestel werkt niet met ioniserende stralen zoals een CT-scan, maar met een supersterke magneet en radiogolven. Magnetisme en radiogolven zijn niet schadelijk voor het menselijk weefsel, waardoor we vaak een MR-onderzoek verkiezen boven een CT-scan.

Az West beschikt over de zwaarste magneet die klinisch gebruikt wordt (3 Tesla). Hierdoor kan het beeld met een veel sterker signaal gereconstrueerd worden, wat een scherpere resolutie en/of tijdswinst oplevert.

Wanneer een patiënt in de MR-magneet wordt geschoven, zullen het merendeel van de waterstofprotonen in de weefsels zich richten volgens het sterke magneetveld. Vervolgens worden radiogolven uitgezonden via antennes waardoor deze protonen in het menselijk weefsel draaien ('flippen') volgens een bepaalde hoek. Als de waterstofprotonen vervolgens terugkeren naar de richting van het magneetveld, zenden deze opnieuw radiogolven uit. Deze radiogolven worden gedetecteerd met de antennes van het toestel waardoor vervolgens een tijdelijk beeld ontstaat met ruwe data, de zogenaamde 'k-space'. Vanuit dit tijdelijk beeld wordt uiteindelijk een mooi finaal beeld berekend.



Compressed SENSE is een nieuwe manier om met beperkte gegevens van de ruwe data (k-space), toch een mooier beeld te berekenen. Hierdoor kan een snellere acquisitie gebeuren van de beelden en kan de kwaliteit van het beeld verbeterd worden. Daarbij worden de beelden ook minder verstoord door bewegings- en ademhalingsartefacten.

Het merendeel van onze huidige MR-sequenties zijn in alle domeinen aangepast met deze nieuwe technologie. Dit gebeurde zowel bij musculoskeletale, neurologische, abdominale, senologische en

urologische onderzoeken alsook bij angiografische onderzoeken. We kunnen in az West nu ook nieuwe 3D-sequenties uitvoeren die vroeger niet mogelijk waren waaronder 3D T1-gewogen Black Blood en hoge resolutie 3D FLAIR. Ook een veel snellere mammo-perfusie-sequentie is nu realiseerbaar.

Dr. Geert Biebaú, radioloog

E. Geert.Biebaú@azwest.be

Dr. Pieter Hoste, radioloog

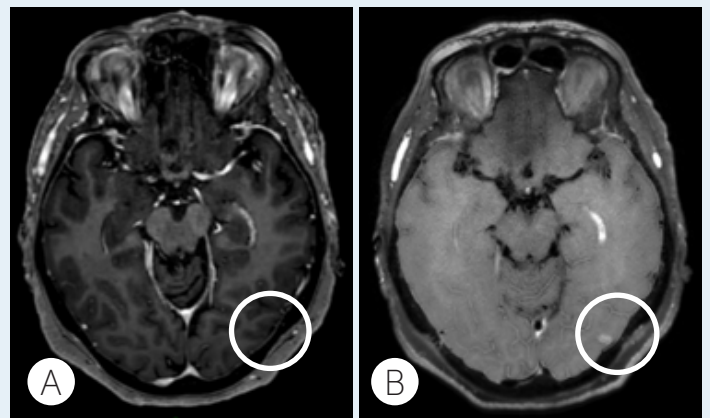
E. Pieter.Hoste@azwest.be

BLACK BLOOD

De 3D Black Blood-sequentie is oorspronkelijk ontwikkeld om de bloedvatenwand te visualiseren zoals bijvoorbeeld bij vasculitis. Het signaal van de flow in de bloedvaten wordt nagenoeg volledig gesupprimeerd waardoor alleen eventuele aankleuring van het pathologische bloedvat overblijft. De Black Blood-sequentie laat toe te differentiëren tussen aankleuring door snelstromend bloed en het pathologische weefsel zelf, in vergelijking met de klassieke T1-sequenties.

Wetenschappelijk onderzoek heeft echter aangetoond dat deze sequentie een veel grotere gevoeligheid heeft voor de detectie van tumorale contrastcaptatie zoals bij cerebrale tumoren en metastasen, vergeleken met de klassieke 3D T1-gewogen sequentie.

Er is ook een hogere gevoeligheid voor aankleuring van actieve witte stofletsels bij multiple sclerose. Therapeutische opvolging van tumorale of actieve MS hersenletsels is dus veel performanter met deze techniek. Ongetwijfeld zullen nog indicaties volgen waarvoor deze nieuwe sequentie geschikt is.



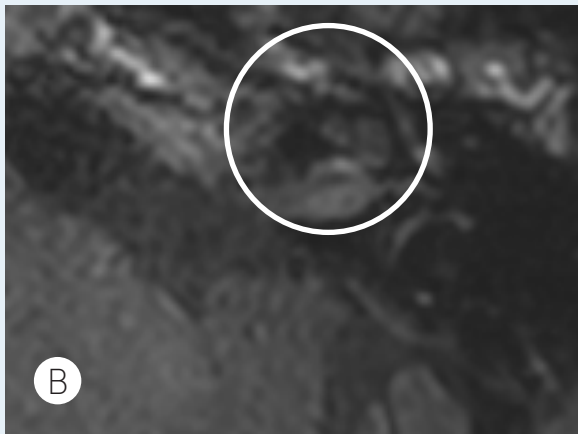
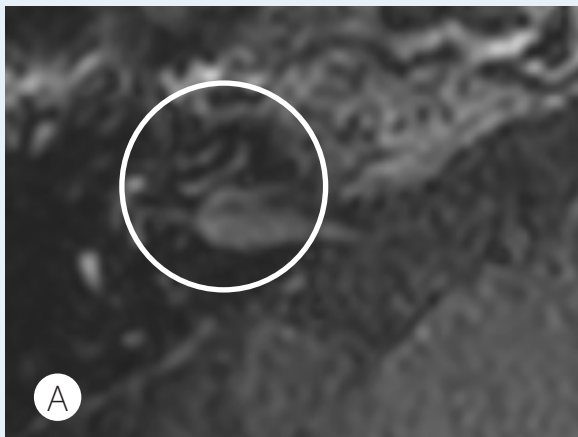
axiale reconstructie van 3DT1-sequentie na contrast.

axiale reconstructie van 3D Black Blood-sequentie na contrast.

Op de klassieke T1-sequentie na contrast is er geen aankleuring te zien van een eventueel letsels (Figuur A), terwijl op de Black Blood-sequentie wel een leptomeningeale aankleuring is omwille van een leptomeningeale metastase (Figuur B).

HYDROPS EN ZIEKTE VAN MENIÈRE

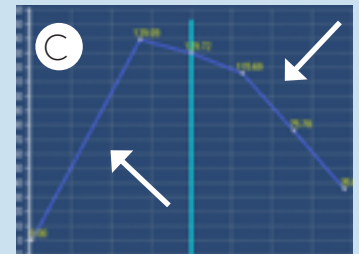
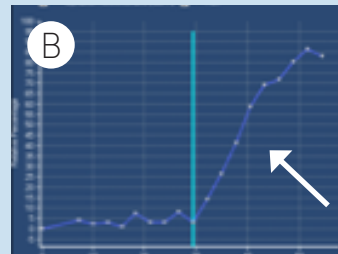
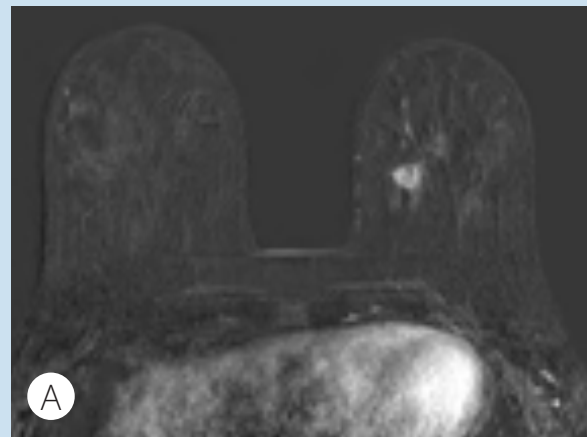
Dankzij de compressed SENSE kunnen we nu ook een endolymphatische hydrops bij de ziekte van Menière visualiseren met een zeer hoge resolutie 3D-FLAIR-gewogen-sequentie (resolutie 0,4mm). Er is vier uur na injectie van de MR-contraststof een retentie van het contrast (Gadolinium gebonden in een macromolecule) in het perilymphe van de cochlea en vestibulum. Bij een endolymphatische hydrops vergroot de endolymphatische ruimte, waardoor de aankleurende perilymphatische ruimte vermindert



A en B: hoge resolutie 3D FLAIR van de cochlea, 4 uur na IV-contrast. In de normale cochlea is er aankleuring van de linker scala tympani en scala vestibuli (Figuur B). Bij een pathologische endolymphatische hydrops van de cochlea is er geen contrast meer in de scala vestibuli van de basale en middenste winding, maar wel in de scala tympani: graad 2 hydrops van de cochlea (Figuur A).

MAMMO-PERFUSIE

Bij MR-mammo onderzoeken worden er van borstletsels dynamische curves berekend van de acquisities, elke 64 seconden na het inspuiten van contrast. Deze curves tonen vervolgens het risico op maligniteit. Dankzij compressed SENSE kan tijdens de eerste fase van de contrastbolus veel sneller gescand worden, namelijk om de 3,7 seconden (Figuur 3). Hierdoor is er met grotere zekerheid en gevoeligheid typering mogelijk van maligne letsels via perfusiemetingen.



A. ax T1 substractie voor en na contrast van de dynamische fase. B. T1-perfusiecurve met zeer hoge temporele resolutie: acquisitie om de 3,7 seconden. C. Klassieke T1-dynamische curve met lagere temporele resolutie: acquisitie om de 64 seconden. De T1-substractie (figuur A) toont mediaal in de linker borst een verdacht letsel. De klassieke dynamische curve (Figuur C) toont een sterke initiële aankleuring en zeer sterke wash-out: type 3-curve. De nieuwe perfusiecurve met hoge temporele resolutie toont een sterke initiële wash-in van het letsel. Studies hebben een hoge predictieve waarde aangetoond voor maligniteit voor letsels die aankleuren binnen de 14 seconden met als 0-referentie de aankleuring van de aorta thoracalis descendens.

ACHTER DE SCHERMEN: DE CENTRALE STERILISATIE AFDELING

Elke dag opnieuw maken artsen en chirurgen van heel wat instrumenten gebruik om patiënten te behandelen tijdens consultaties en ingrepen op het operatiekwartier. Die instrumenten doorlopen na elk gebruik een volledig proces om opnieuw gebruiksklaar te worden gemaakt voor een volgende ingreep. De Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA) is een voor veel mensen onbekende, maar cruciale afdeling voor de werking van een ziekenhuis.

ORGANISATIE

De centrale sterilisatie afdeling binnen az West is opgedeeld in drie verschillende zones, afgeschermd van elkaar – en van de rest van het ziekenhuis – door een sas. We onderscheiden een onreine, een reine en een steriele zone. Alle instrumenten moeten steeds in de drie zones behandeld worden om een geslaagd proces te bekomen.

Dagelijks staat van 7 uur 's morgens tot 20 uur 's avonds een gemotiveerd sterilisatieteam paraat om alle materiaal te verwerken. Dankzij traceringssoftware en unieke gelaserde QR-codes op elk instrument, kan er op elk moment opgezocht worden waar een specifiek item zich bevindt, in welke instrumentenset het thuishoort of op welke plaats het gestockeerd staat in de steriele berging op het operatiekwartier.

REINIGING EN DESINFECTIE

In de onreine zone wordt het OK-programma elke dag op een scherm weergegeven. Via het traceringsprogramma Steriline kan men in de onreine zone onmiddellijk zien wanneer de verpleegkundige op het operatiekwartier materiaal vrijgeeft na een ingreep. Het bevulde materiaal wordt na iedere ingreep opgehaald in een gesloten transportkar. Doorheen het hele proces wordt er een streng

onderscheid gemaakt tussen vuil, rein en steriel. Zo is het traject dat gevolgd wordt bij het ophalen van vuil materiaal strikt gescheiden van de weg die de logistiek medewerker aflegt met het ingepakte steriele materiaal.

Eens aangekomen in de onreine zone mag de transportkar met het vuile materiaal geopend worden. Alle materiaal wordt gescand in het traceringsprogramma en een grondige voorreiniging wordt uitgevoerd. Die omvat het openen en demonteren van alle instrumenten, het spoelen en borstelen van kanalen en het verwijderen van eventuele single-use materialen en verpakingsresten. Elke instrumentenset wordt daarna gespoeld met koud water in een geautomatiseerd spoelbad. Tenslotte worden vuilrestjes op minder toereikbare plaatsen verwijderd aan de hand trillingen in een ultrasoon reinigingsbad.

De voorgereinigde instrumentensets worden op waskarren gezet alvorens in de desinfectietoestellen geplaatst te worden. Instrumenten met holtes en kanalen en materiaal dat gebruikt wordt bij minimaal-invasieve chirurgie, worden via speciale aansluitingen gekoppeld aan de kar zelf zodat er tijdens het desinfectieproces een voortdurende doorstroom is van water en desinfectans. Alle instrumenten worden na de voorreiniging gedurende iets meer dan een uur machinaal gereinigd, gedesinfecteerd en gedroogd.

De toestellen zelf fungeren als sas tussen de onreine en reine zone. Bij een geslaagd proces opent de deur van het toestel automatisch aan de reine zone; de deur aan de onreine zone is dan vergrendeld. Bij technische problemen of bij een gefaald proces zal de deur aan de onreine zone openen, maar zal de deur aan de reine zone steeds vergrendeld blijven. Op die manier wordt er voorkomen dat er niet-gedesinfecteerd materiaal de reine zone binnenkomt.



REINE ZONE

In de reine zone worden de gedesinfecteerde instrumenten behandeld. In een eerste fase moet een medewerker het machinale proces controleren en de lading vrijgeven aan de hand van een aantal vooraf bepaalde parameters. De tijd, temperatuur en de geleidbaarheid van het laatste spoelwater worden digitaal afgelezen en bevestigd in het traceringsprogramma. Bij goedkeuring kan men aan de slag met het materiaal.

Alle sets worden in het traceerpakket gescand in de reine zone. Elk instrument ondergaat een visuele controle en wordt indien mogelijk gecontroleerd op een goede werking. Scharnieren worden waar nodig geolied. Gedemonteerde instrumenten worden opnieuw gemonteerd. Met behulp van de traceringssoftware worden alle sets samengesteld. In het programma zit er aan iedere instrumentenset een inhoudslijst gekoppeld. Die lijst omvat alle instrumenten die in de set thuishoren met elk hun unieke QR-code. Stuk voor stuk wordt iedere QR-code gescand. Op die manier controleren de medewerkers de set op inhoud en volledigheid. Omgekeerd kan ook steeds teruggekoppeld worden welke patiënt met welk materiaal behandeld werd.

Na controle en samenstellen worden alle instrumenten ingepakt in specifiek verpakkingsmateriaal: instrumentensets in non-woven velden, losse instrumenten in laminaat. Het inpakmateriaal fungeert als barrière ter bescherming tegen vuil en besmetting eens het materiaal gesteriliseerd is. Het inpakken zelf gebeurt volgens bepaalde opeenvolgende stappen; zodanig uitgewerkt dat de instrumenterende verpleegkundige bij het uitpakken in de operatieruimte niet meer boven het steriele materiaal hoeft te hangen. Aan de buitenkant van elke set wordt een label gekleefd met daarop de naam van de inhoud van het pakket, een barcode voor het traceersysteem, een lotnummer en de houdbaarheidsdatum.

De ingepakte instrumenten en sets worden op laadkarren geplaatst, speciaal ontworpen op maat van de sterilisatoren. Analoog aan de werkwijze bij de desinfectietoestellen worden ook hier opnieuw alle items gescand in het traceerprogramma. Bijna alle materiaal wordt gesteriliseerd in de drie stoomautoclaven op de afdeling. Een klein aandeel aan thermolabel materiaal; dit zijn instrumenten die niet tegen de hitte van de stoomautoclaven kunnen; wordt in een andere sterilisator op lagere temperatuur gesteriliseerd door middel van waterstofperoxide.

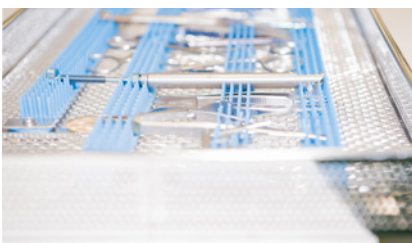
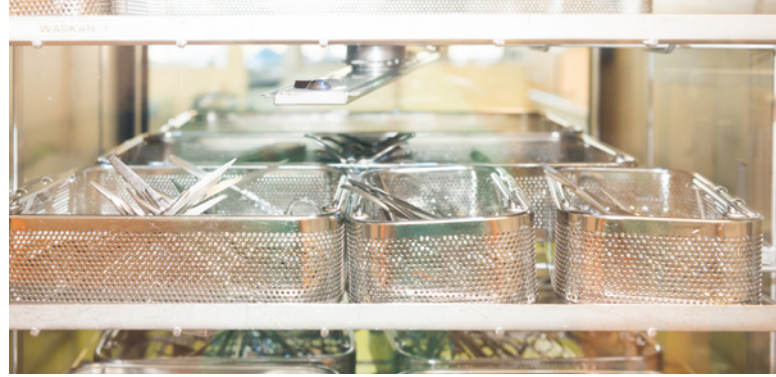


STERIELE RUIMTE

Net zoals de was- en desinfectietoestellen fungeren als sas tussen onreine en reine zone, fungeren de drie stoomautoclaven als sas tussen de reine zone en steriele ruimte. Wanneer het materiaal een geslaagde sterilisatiecyclus doorlopen heeft gaat de autoclaafdeur aan de kant van de steriele ruimte open en wordt het ontladingsysteem, dat de laadkar automatisch uit de autoclaaf trekt, gestart zodat de lading kan afkoelen.

De allerlaatste stap in het proces omvat het vrijgeven van het steriele materiaal. De medewerker aan de steriele ruimte controleert of alle verpakkingen intact zijn en gaat na of er nergens resterend vocht op de lading achtergebleven is. Op de digitale grafiek van het proces worden een aantal sterilisatieparameters afgelezen: de duur van het sterilisatieplateau, de temperatuur en de druk. De chemische indicatorstrip die bij elke lading wordt gevoegd, wordt gecontroleerd op goede verkleuring en alles wordt digitaal bevestigd in het traceerprogramma. Alle vrijgegeven materiaal wordt voor een laatste keer gescand in het traceersysteem en in gesloten transportkar naar de steriele berging gebracht, waar elke set op z'n unieke plaats gestockeerd wordt in afwachting van een volgend gebruik.

Auteur:
Celine Theuninck
Dienst CSA



COLUMN: INNOVATIE

"By these means we have hope to achieve not indeed a brave new world, no sort of perfectionist Utopia, but the more modest and much more desirable objective—a genuinely human society."

Onze wereld verandert razendsnel. We zijn op korte tijd als mens geëvolueerd van jager naar de zich settelende boer, de oprichting van de eerste nederzettingen. Ons menselijk vernuft heeft geleerd de natuur te beheersen en nieuwe materialen/technieken te ontwikkelen die ons toelaat onze omgeving in de greep te houden en het wereldbeeld naar onze hand te zetten. We hebben deze technieken leren automatiseren. Nu staan we aan de vooravond van de vierde industriële revolutie. Cloud computing, big data, artificiële intelligentie, digital manufacturing, virtual/augmented reality en blockchain zijn niet alleen de opeenvolgende "buzz" woorden van het jaar maar vormen de basis van deze revolutie. De revolutie zal een grotere impact hebben op onze maatschappij

en onze dagelijkse leven dan de introductie van de boekdrukkunst of de uitvinding van de stoommachine of de komst van elektriciteit.

Ook de zorgsector zal deze digitale revolutie ondergaan. De veranderingen zullen verder reiken dan het arsenaal van diagnostische technieken/methoden, innovatieve medicijnen, operatietechnieken en robotisering. Het ziekenhuis van de toekomst zal er wellicht niet anders uitzien dan nu maar de manier waarop we als maatschappij onze gezondheidszorg zullen organiseren daarentegen zal in niets meer lijken op vandaag. Het systeem zal gebouwd worden rond de patiënt en zal op elke plaats en op elk tijdstip toegankelijk zijn. De gezondheidseconomie wordt een software business. Grote tech giganten zoals Apple, Amazon, Google zijn wereldwijd de grootste investeerders als het gaat om de gezondheidszorg. De klassieke investeerders zoals de farmaceutische en academische wereld worstelen



met diezelfde problematiek en wachten dan ook af. De fundamentele vraag stelt zich of we als sector opteren om deze verandering lijdzaam te ondergaan. Of kunnen we de krachten bundelen om zelf een antwoord te formuleren.

“HET ZIEKENHUIS VAN DE TOEKOMST ZAL ER WELLICHT NIET ANDERS UITZIEN DAN NU MAAR DE MANIER WAAROP WE ALS MAATSCHAPPIJ ONZE GEZONDHEIDSZORG ZULLEN ORGANISEREN DAARENTEGEN ZAL IN NIETS MEER LIJKEN OP VANDAAG.”

Het lijkt erop dat we momenteel als sector verlamd worden door deze tendens. De verklaring voor deze verlamningsverschijnselen zijn divers maar de grootste bedreiging is onze manier van denken. We zitten vast in onze dagelijkse besommeringen, overvolle mailboxes, ‘gekrenkte’ en weinig creatieve financieringsmodellen. Bovendien slepen we de ‘shit of yesterday’ mee als een gewond dier. We slagen er niet in om de tijd te reserveren om ons denken voor een stuk te richten op de dag na morgen. Het systeem is bovendien sterk verzuild waarbij elke belanghebbende partij uit overlevingsdrang zijn belangen vooropstelt. We zijn niet alleen verlamd maar we raken bovendien te vaak verbrand.

Toch is ziek zijn van alle tijden en blijft het basisgevoel bij onze patiënten hetzelfde door de tijd heen: chronisch of ernstig ziek zijn creëert een gevoel van gekoesterd, gehoord en verzorgd te willen worden. Als we ziek zijn, willen we gekoesterd worden als een baby en even ons hoofd kunnen houden tegenaan een menselijk lichaam die het beste met ons voorheeft. Mensen willen geen arts of zorgverlener die vastraakt in zijn elektronisch patiëntendossier en die de laatste minuut van het consult even zijn blik afwendt naar de patiënt toe. “Each man and each women is ill in his or her on way.” Het gaat hier om diep fundamentele menselijke waarden van koesteren en geborgen zijn. Patiënten willen van zijn of haar zorgverlener even het gevoel hebben dat men zich in het diepste plekje onderhuids kan verplaatsen in plaats van gefocust te blijven achter een Da Vinci robot of het scherm van een 3T MRI.

En laat dat nu net de verbindende kracht zijn tussen de vierde industriële revolutie en de nood aan een innovatieve, provocatieve en hoopgevende ‘diepgaande’ zorg. Artificiële intelligentie herbergt deze kracht: Via natural language processing kunnen onze consultatienota’s gelezen worden samen met de medische voorgeschiedenis van onze patiënt en gecombineerd worden met alle beschikbare wetenschappelijke publicaties. ‘Deep-learning’ algoritmes toegepast op draagbare sensoren, onze genoom, onze bloedanalyses, radiologie - kortom op al onze medische data- zal leiden tot een echt persoonlijke geneeskunde en persoonlijke zorg. Maar vooral, het maakt tijd vrij opnieuw voor de arts om met zijn patiënt bezig te zijn net zoals een moeder haar kind weet te koesteren.

az West heeft sinds het ontstaan steeds gekozen zijn patiëntenzorg ten allen tijde centraal te stellen. Daarom heeft het enkele maanden geleden gekozen digitale revolutie te gaan verkennen met als doel zijn patiënten steeds die zorg te bieden waar men recht op heeft. Virtual reality is de eerste stap. Het biedt de mogelijkheid om stress, angst en vooral pijn bij medische behandelingen, heelkundige ingrepen en revalidatie sterk te verminderen en precies dat geborgen gevoel te garanderen. Laat ons dan ook kiezen om de vertrouwde kust te verlaten en de volle zee op te gaan om nieuwe kusten te verkennen.

**Dr. Klaas Vandevyvere, reumatoloog
Chief Innovation Officer**

E. Klaas.Vandevyvere@azwest.be

**Geert Vandevelde
diensthoofd ICT**

E. Geert.Vandevelde@azwest.be



NIEUWS

MAAK KENNIS MET ONZE NIEUWE
OMBUDSVROUW, LIESBETH VAN GELDER:

"Sinds 1 april ben ik de nieuwe ombudsvrouw van az West. Patiënten en mantelzorgers (bv. familieleden) kunnen bij mij terecht voor allerlei klachten. Als iemand van mening is dat er iets niet in orde of tegen de patiëntenrechten is, kunnen zij klacht indienen. Dan is het aan mij om na te gaan wat ervan klopt, wat er terug te vinden is, waar het fout gelopen is etc. Dan probeer ik een antwoord terug te koppelen naar de melder en tot een oplossing te komen. Belangrijk hierbij is dat ik optreed als een neutrale bemiddelaar, ik mag geen partij trekken! Als dat niet voldoende is voor de melder moet ik die persoon doorverwijzen bv. naar een mutualiteit. Voor een ombudspersoon is het belangrijk om empathie te tonen. De melder moet zich begrepen voelen, want een klacht neerleggen gebeurt vaak in een emotionele bui. Daarnaast moet je ook kennis hebben van wetgeving en verzekeringen. Het is een hele uitdaging!"

De ombudsdienst is bereikbaar via het meldformulier op onze website, via ombudsdienst@azwest.be of telefonisch (in de voormiddag) op 058 33 34 56. Wil je langskomen? Volg route 160 naar de ombudsdienst.

COLOFON

az West-Connect is het medisch magazine van az West voor huisartsen en verschijnt tweemaal per jaar.

Eindredactie & coördinatie: dr. H. Lebbinck & D. Deneir.

Redactieraad: B. Cleuren, D. Deneir, dr. T. Desmet, dr. B. Deylgat, dr. N. De Wever, dr. H. Lebbinck, dr. Y. Van Durme, L. Vermeulen.

In dit nummer staan redactionele bijdragen van: dr. G. Biebau, D. Deneir, dr. H. Deriemaeker, dr. P. Hoste, N. Scharre, C. Theuninck, G. Vandeveldre, dr. K. Vandevyvere en dr. Ph. Vroman.




Fotografie: Hanne Ninclaus;

Vormgeving: TOECH, Ruiselede/Gent.

Heeft u een vraag of suggestie voor de redactie of wil u zich abonneren of een adreswijziging doorgeven? Of wenst u dit tijdschrift niet langer te ontvangen? E-mail naar: communicatie@azwest.be.

Verantwoordelijke uitgever: Lieven Vermeulen, Ieperse Steenweg 100, 8630 Veurne

Algemene info over het az West: www.azwest.be

Volg ons op   

NIEUWE ARTSEN IN az West

UROLOGIE

Dr. Hanne Deriemaeker studeerde af als arts in 2012 aan de VUB. Na een basisopleiding chirurgie in het UZ Brussel specialiseerde ze zich in de urologie met opleidingsplaatsen in het UZ Brussel en het UVC Brugmann, waarna ze haar erkenning behaalde in 2019. Ze is onderlegd in de brede waaier van ziektebeelden van de urologie. Ze heeft een bijzondere interesse in de vrouwelijke incontinentieproblematiek en de endoscopie.



PENSIONERINGEN

Dr. Beckers Op 1 januari namen we afscheid van gastroloog, dr. A. Beckers die geniet van zijn welverdiende pensioen.



Dr. Pacco Op 1 mei ging uroloog dr. J. Pacco met pensioen. We willen hem dan ook bedanken voor zijn jarenlange inzet!



Dr. Michiels Op 31 maart heeft dermatoloog dr. J.-L. Michiels zijn activiteiten stopgezet in het ziekenhuis.



Dr. Van Lerberghe Op 4 februari heeft radioloog dr. E. Van Lerberghe beslist zijn activiteiten stop te zetten in het ziekenhuis.

