



az West CONNECT

5e jaargang
nr.1 • oktober 2020

Corona in cijfers

Dr. Mortier in China

Vasculaire access voor hemodialyse

Proefproject interne liaison psychiatrie



az **West**

Zorg op mensenmaat

MAG HET EEN BEETJE MEER ZIJN?

Intussen is het reeds volop herfst, met vooral veel wind en regen, maar ook met een frisse wandeling tussen de ritzelende bladeren. De zomer lijkt alweer een heel eind achter ons te liggen. En toch was het wel een erg unieke zomer. Tuin en terras waren plots een hotspot waar het gezin samen te vinden is, niet om in te werken, maar om van te genieten. Vrije dagen in de tuin en niet op een verre bestemming, waar het steeds te warm, te druk en schandalig duur is voor wat je maar krijgt. De herontdekking van thuis en familie, het klinkt (bijna) als een soap.

Het klinkt ook als een mogelijkheid om zeer waardevolle momenten te maken. Misschien heeft de zomer ons geleerd dat we het niet ver moeten zoeken om kwaliteit te creëren. Kwaliteit moet niet in het buitenland worden gezocht of uit het buitenland komen. Kwaliteit, dat maken we zelf.

OK, maar hoe zit dat dan met az West? Daar hebben een groot aantal medewerkers (artsen en personeel) de koppen over samen gestoken. Via een intern debat werd vrij snel duidelijk dat er een grote eensgezindheid is binnen az West over de richting die

ons kwaliteitsbeleid – en vooral de toetsing ervan – moet uitgaan.

Na de accreditatie eind 2018 door JCI werd het gouden label behaald voor een termijn van 3 jaar. Deze ervaring heeft ons heel wat geleerd over het bereiken van vooropgestelde standaarden, maar misschien nog meer over het handhaven ervan. We zijn ervan overtuigd dat het normenkader dat JCI vooropstelt zeer waardevol is en heel veel relevante domeinen dekt. Maar 3 jaar toewerken naar één moment, kan aanleiding geven tot een jojo-effect. In az West menen we dat we de bereikte kwaliteit op elk ogenblik aan de dag moeten leggen, niet enkel op de dag van het examen.

Bijgevolg werd unaniem geopteerd voor volgende aanpak: az West zal zich, hetzij thematisch, hetzij per afdeling, periodiek laten doorlichten door een externe organisatie, uitgaand van het JCI-normenkader. Dit moet het bereikte kwaliteitsniveau garanderen op een continue basis.

Waarvoor die tuin en dat terras toch niet goed zijn...

**“IN AZ WEST MENEN WE DAT WE
DE BEREIKTE KWALITEIT OP ELK
OGENBLIK AAN DE DAG MOETEN
LEGGEN, NIET ENKEL OP DE DAG
VAN HET EXAMEN.”**

**Dhr L. Vermeulen,
Algemeen directeur**



CORONA IN AZ WEST

WAT WAS DE SITUATIE IN AZ WEST TUSSEN MAART EN AUGUSTUS? ENKELE CIJFERS.

77

Aantal covid-19 bevestigde opnames, waarvan **27 op IZ**.

42

Aantal **mannen** opgenomen met covid-19.

35

Aantal **vrouwen** opgenomen met covid-19.

9

Mediaan van het aantal dagen dat de patiënt in het ziekenhuis **opgenomen** is geweest (IZ = 20).

17

Aantal **overlijdens**, waarvan 10 op IZ.

8630
8670
8660

De opgenomen patiënten komen hoofdzakelijk uit **Veurne, Koksijde** en **De Panne**.

65%

Percentage opgenomen patiënten die van **thuis** komen.

35%

Percentage opgenomen patiënten die van **een ander ZH, een WZC** of **Ter Duinen** komen.

60

Gemiddelde aantal **preoperatieve staalafnames** per dag sinds de heropstart van de ZH activiteit.

SAMEN!

De COVID-pandemie stelde ons ziekenhuis voor een nooit geziene uitdaging. In sneltreintempo werd de ziekenhuisorganisatie door elkaar geschud: materiaal tekorten, triagecentra, noodafdelingen, inperken bezoekenregeling, het stilleggen van alle electieve activiteit,... Op geleide van de dagelijkse richtlijnen uit onze coördinatieceel werd de zorgorganisatie in een mum van tijd herdacht en continu afgestemd op de ongeziene noden die de COVID-pandemie met zich meebracht.

Binnen het ziekenhuis initieerde dit een ongelooflijke samenwerking: elkeen vervulde zijn of haar taak zonder verpinken, of nam een nieuwe taak op. De dienst spoed, de dienst IZ, de cohorteafdelingen hebben fantastisch werk geleverd. Maar ook de reguliere afdelingen die plots geconfronteerd werden met andere patiënten en andere afspraken. Evenzo ook de facilitaire diensten die vele veranderingen en bijstellingen mede mogelijk maakten.

Samen met de eerste lijn en in het bijzonder met de huisartsen ontwikkelde zich een mooie

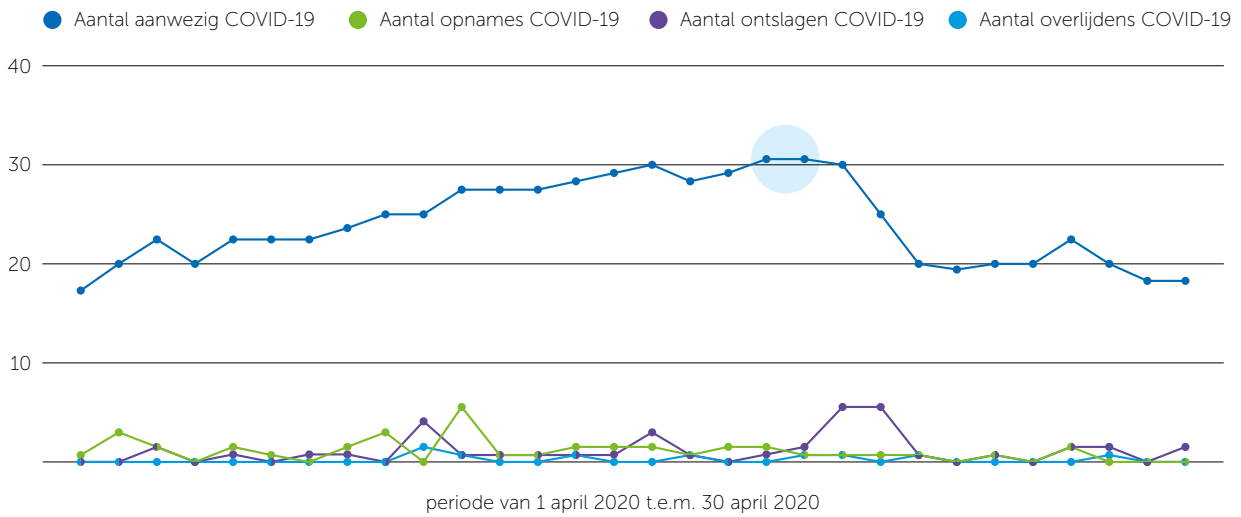
samenwerking. Het triagecentrum – vanaf 1/9 in de huisartswachtpost – leverde prachtig werk en heeft er mede voor gezorgd dat het ziekenhuis ten alle tijde haar rol kon blijven opnemen om de zwaarst zieke patiënten te verzorgen.

Dit laatste is evenzo van toepassing voor de collega's uit de woonzorgcentra; zij werden geconfronteerd met een enorm zware rol en hebben voorkomen dat het ziekenhuis dichtslabde. Last but not least konden we blijvend rekenen op de ondersteuning van de verschillende stadsbesturen en lokale diensten. Oprecht dank aan elkeen die deze zorg heeft mogelijk gemaakt in een extreme situatie en we mogen terecht fier zijn op de wijze waarop iedereen heeft samengewerkt!

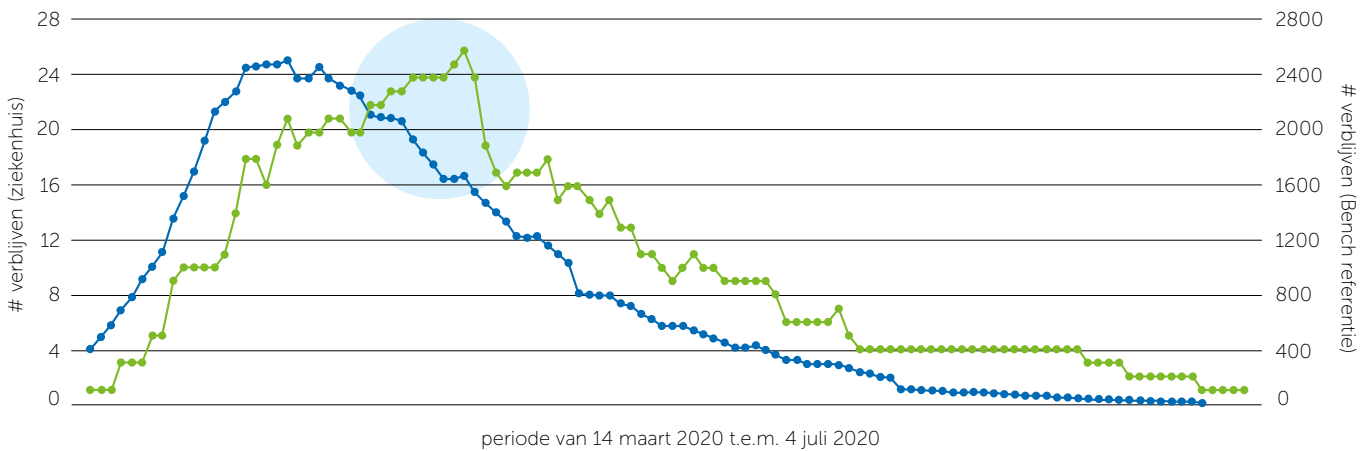
Bert Cleuren - verpleegkundig directeur



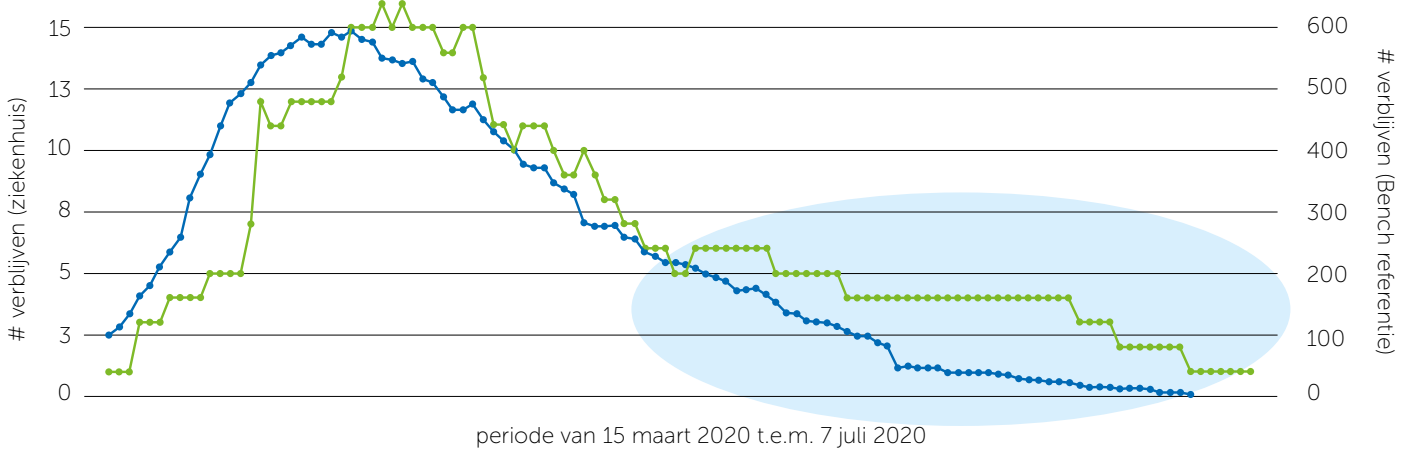
Piek aantal opnames in de maand april: **19 april → 31 gehospitaliseerde patiënten.**



De piek in het aantal opnames is in **az West (groene lijn)** later gekomen dan **de benchmark (blauwe lijn)**.

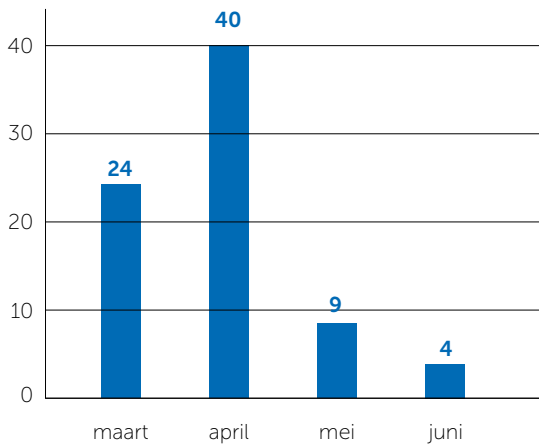


Intensieve zorgen: patiënten blijven in **az West (groene lijn)** langer liggen dan **de benchmark (blauwe lijn)**.

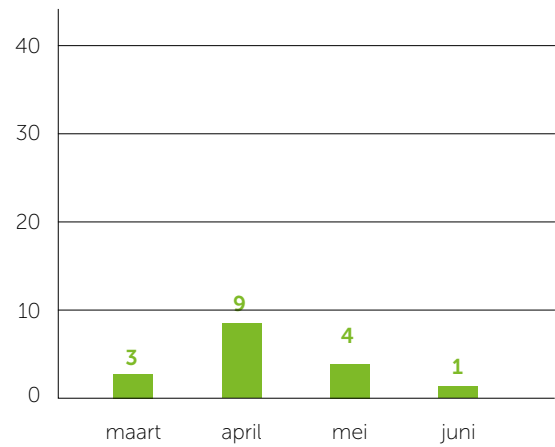


1^e GOLF MAART T.E.M. JUNI

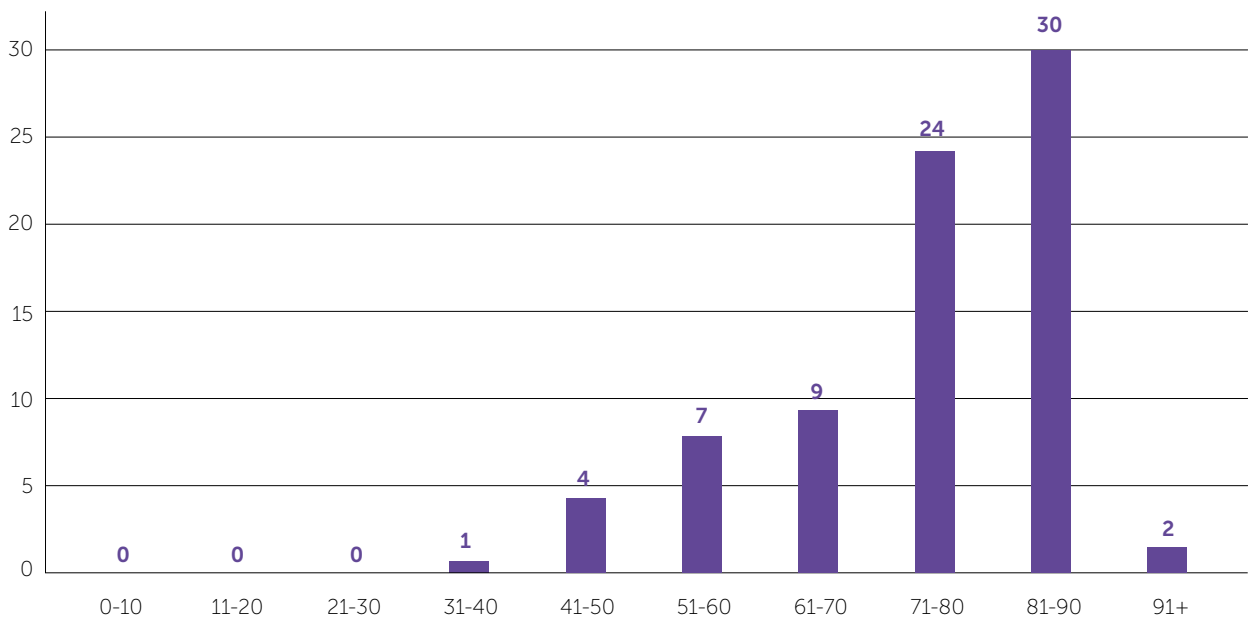
Covid-patiënten opgenomen in az West



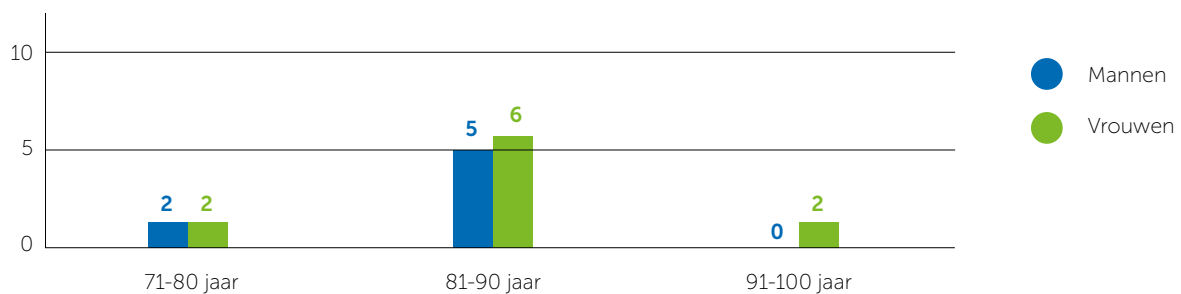
Overlijdens

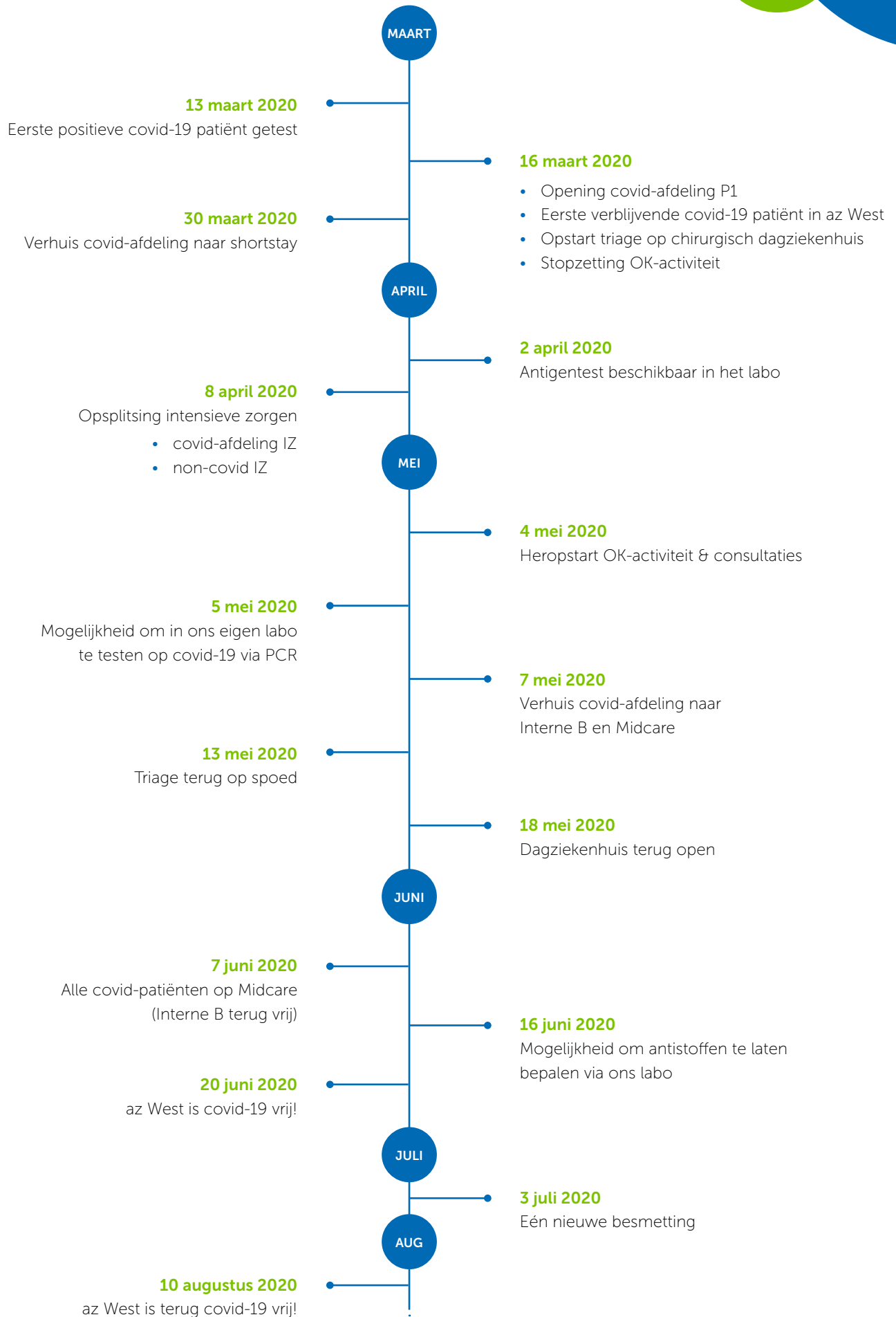


LEEFTIJDGROEPEN HOSPITALISATIES - MAART TEM JULI 2020



AANTAL COVID OVERLIJDENS TIJDENS OPNAME PER LEEFTIJD/GESLACHT





IN DE KIJKER: NIEUWE HOOFDARTS

Dokter Herwig Vollon volgt dokter Lebbinck op als hoofdarts in az West. Na een dienst van 35 jaar is het ziekenhuis zijn tweede thuis geworden en kijkt hij ernaar uit om zijn thuis verder uit te bouwen en verder te ontwikkelen.

DOKTER VOLLON ALS PERSOON

Dokter Vollon is door zijn jarenlange medische activiteit geen vreemde binnen az West. Hij brengt heel wat kennis met zich mee aangezien hij het ziekenhuis heeft zien evolueren. Wat velen echter niet weten, is dat dokter Vollon niet afkomstig is van deze regio. Hij is geboren en getogen in Wezemaal, het voormalige perzikedorp in het Hageland en studeerde in het voor ons verre Leuven. Aan het einde van zijn specialisatiejaren heelkunde en urgentiegeneeskunde kwam hij regelmatig naar az West om de toenmalige equipe bij te staan. De keuze tussen een academische loopbaan en een loopbaan in het az West was niet eenvoudig, maar uiteindelijk werden de nodige knopen doorgehakt en was de keuze voor az West definitief.

Dr. Vollon bouwde een heel mooie heelkundige loopbaan uit en lag aan de basis van de opstart en ontwikkeling van de vasculaire en plastisch-reconstructieve heelkunde, de bariatrische heelkunde en de spoedgevallendienst in az West.

Naast zijn werk in az West zette hij zich in voor het jeugdvoetbal in Koksijde en 18 jaar lang als schepen voor de gemeente Koksijde. Het is mede door deze bestuurlijke ervaring dat hij de functie als hoofdarts ambieerde. Tijdens deze periode en kort daarna wou hij, geboeid door de verantwoordelijkheid en veelheid aan projecten dat een dergelijk mandaat met zich meebrengt, zich verder in beleidsmaterie verdiepen en daarom schoolde hij zich bij in management voor artsen en ziekenhuisbeleid.

DOKTER VOLLON ALS HOOFDARTS

De functie van hoofdarts is natuurlijk helemaal iets anders en brengt heel wat uitdagingen met zich mee. "Als hoofdarts moet je proberen om artsen

en ziekenhuis dichter naar elkaar toe te brengen. De hoofdarts vertolkt met andere woorden een bemiddelende rol tussen het ziekenhuis en de artsen", legt dr. Vollon uit. "Conflicten binnen een organisatie zijn een vanzelfsprekendheid en dat is in een ziekenhuis niet anders. Als hoofdarts probeer je boven de conflicten te staan en mensen te helpen in het zoeken naar betere samenwerkingsverbanden. Een jarenlange ervaring binnen het ziekenhuis kan in deze een pluspunt zijn."

Enkele andere belangrijke taken waarop dr. Vollon zich wil focussen zijn het updaten van het medisch reglement en in een latere fase het updaten van een algemene regeling tussen het ziekenhuis en de artsen.

Een project dat ook zijn aandacht heeft is het ontwikkelen van een heus human resourcesbeleid voor artsen. "Het gaat hier om een omvangrijk pakket met ondermeer het in kaart brengen van de individuele noden, verwachtingen en frustraties van artsen en een pad bieden voor vervulling en verbetering van de work-life-balance, om de voorwaarden voor ieders professioneel functioneren te optimaliseren."

"Bovendien zijn verschillende disciplines evenveel eilanden geworden en het is de bedoeling dat er bruggen worden gebouwd die deze eilanden met elkaar verbinden. Beter individueel functioneren en vermijden van onderlinge spanningen en misverstanden dragen zeker bij tot het bereiken van ons doel: een blijvende kwaliteitsverbetering in de zorg."

Herwig.Vollon@azwest.be

058 33 33 20





v.l.n.r.: Bert Cleuren, Frederik Clauw, dr. Herwig Vollon, Bert Hermans, Lieven Vermeulen

Naast een nieuwe hoofdarts mocht onze directie ook een nieuwe facilitair directeur en administratief en financieel directeur verwelkomen.

MAAK KENNIS MET



FREDERIK CLAUW – ADMINISTRATIEF EN FINANCIËEL DIRECTEUR

“Ik ben verantwoordelijk voor een drietal domeinen: het financiële domein, het administratieve en de personeelsdienst. Het financiële is opgesplitst in de dienst boekhouding en de kasdienst. Onder administratie heb je opname en onthaal, MZG en facturatie/tarificatie. En de personeelsdienst is een entiteit op zich. Voor wat betreft het financiële luik werk ik nauw samen de stafmedewerker financieel beheer, tevens diensthoofd van de boekhouding. Hij is de cijferaar met wiens berekeningen ik dan aan de slag ga om het financiële beleid vorm te geven. De meeste medewerkers binnen het departement situeren zich binnen het administratieve domein. De mensen van opname en onthaal staan veelal in voor het eerste patiëntencontact. Eens de patiënt zijn traject binnen het ziekenhuis heeft afgelegd, zorgen de mensen van facturatie voor een correcte afrekening, zowel naar patiënten als naar artsen toe. De MZG-cel codeert de minimale ziekenhuisgegevens om zodoende de verantwoording van de ziekenhuisactiviteit te kwantificeren. Hun werk draagt in belangrijke mate bij tot de financiering van dit ziekenhuis.”

ACHTERGROND

“Na mijn studies handelsingenieur aan de KULeuven, heb ik nog een extra master in de economie behaald. Daarna ben ik aan een doctoraat begonnen aan de Universiteit Hasselt. Daar heb ik ook les gegeven in de vakgebieden macro- en micro-economie. Zes jaar later ben ik bij KBC in Brussel gaan werken. Mijn onderzoek aan de universiteit alsook mijn functies binnen KBC waren vrij gespecialiseerd. Na 13 jaar bij KBC vond ik de tijd rijp om mijn horizons eens te verruimen én dichter bij huis te komen werken.”

Frederik.Clauw@azwest.be

058 33 38 48

BERT HERMANS – FACILITAIR DIRECTEUR

“Als facilitair directeur ben ik verantwoordelijk voor de vijf facilitaire teams binnen az West. Concreet gaat dit over de huishoudelijke dienst, technische dienst, keuken, economaat en ICT. Ik zie hierin twee belangrijke aspecten die de nodige zorg en aandacht verdienen. Door de grote diversiteit binnen deze ondersteunende diensten enerzijds en de nauwe verwevenheid met de algemene ziekenhuiswerking anderzijds is het aspect van samenwerking en coaching in deze cruciaal. Vanuit mijn rol is het de bedoeling deze onderlinge samenhang te versterken en te ondersteunen waar nodig. Daarnaast zijn er



op heden (en ongetwijfeld ook in de toekomst) verschillende projecten die ziekenhuisbreed vaak een grote impact hebben en waarin ook een opdracht schuilt voor het facilitaire departement.”

ACHTERGROND

“Na 15 jaar in financiële functies ben ik de laatste jaren verder doorgroeid naar een meer gecombineerde job richting financieel-facilitair. De taak binnen az West was voor mij een opportuniteit om mij volledig

te focussen op een steeds veranderend vakgebied waarin ik mij echt thuis voel. Een factor die ik niet mag ontkennen is de nabijheid van het ziekenhuis. Ik ben geboren (letterlijk in az West) en getogen in deze regio en vanuit deze functie zie ik dit als een meerwaarde voor zowel mezelf als het ziekenhuis.”

Bert.Hermans@azwest.be

058 33 34 39

VASCULAIRE ACCESS VOOR HEMODIALYSE

Patiënten met acuut nierfalen of terminale nierinsufficiëntie hebben nood aan niervervangende therapie. De mogelijkheden hierbij zijn hemodialyse, peritoneaaldialyse of niertransplantatie. Vasculaire access is essentieel bij hemodialyse en kan bekomen worden met een centrale veneuze catheter, door middel van arterialisatie van een vene of door plaatsen van een prothese (graft) tussen een arterie en een vene waarin de hemodialyse naalden geplaatst worden.

INCIDENTIE

De incidentie van patiënten met terminale nierinsufficiëntie met nood aan niervervangende therapie toont de laatste jaren een exponentiële toename. Dit komt enerzijds doordat steeds meer ouderen en patiënten met comorbiditeiten gedialyseerd worden in vergelijking met de beginjaren van de dialyse. Een tweede oorzaak is dat patiënten met ernstige comorbiditeiten en matige nierinsufficiëntie minder vaak sterven ten gevolge van deze comorbiditeiten en zo toch in de verder gevorderde stadia van nierinsufficiëntie belanden.

Maar we zien ook een reële stijging, voornamelijk veroorzaakt door de toegenomen incidentie van

type 2 diabetes, obesitas en arteriële hypertensie. Daarnaast is er ook meer gebruik van medicatie met mogelijks nefrotoxische bijwerkingen. Denk hierbij aan NSAID's, bepaalde antibiotica, chemotherapie...

KEUZE ACCESS

Succesvolle behandeling met hemodialyse is enkel mogelijk met een goed functionerende vasculaire toegangsweg.

Bij een ideale vasculaire access kan men canuleren door middel van twee naalden en wordt een minimale flow bekomen van 300 ml/min doorheen de artificiële nier. Ook dient de toegangsweg weerstandig te zijn aan infectie en trombose.

De eerste optie is steeds een autologe arterioveneuze fistel (AV-fistel). Studies tonen minder postoperatieve complicaties en minder nood aan revisie voor falen van de fistel in vergelijking met het gebruik van een prothese (AV-graft), die onze tweede keuze is, boven de centraal veneuze catheter (CVC). Bij gebruik van deze laatste zien we namelijk een hogere morbiditeit en mortaliteit.

TIMING

Vroege verwijzing voor het aanleggen van de vasculaire access is essentieel voor een goede outcome. Dit zorgt namelijk voor voldoende maturatietijd, verkleint het risico op non-maturatie en vermijdt nood aan starten van de hemodialyse met een CVC. Preferentieel wordt een AV-fistel aangelegd 3-6 maanden voor de verwachte start van de hemodialyse.

SELECTIE VAN VASCULAIRE ACCESS

Preoperatieve evaluatie bestaat uit klinisch onderzoek en echografische evaluatie om te bepalen of de diameter van arterie en vene voldoende zijn en eventuele stenoses op te sporen.

AUTOLOGE AV-FISTEL

Het principe van veneuze preservatie dicteert dat de meest distale AV-fistel mogelijk dient te worden aangelegd, zodat bij falen nog geopteerd kan worden voor een meer proximale fistel. En dit preferentieel ter hoogte van de niet-dominante hand.

De eerste keuze is dan ook een AV-fistel tussen de a. radialis en de v. cephalica ter hoogte van de pols. Wanneer dit niet mogelijk is, wordt gekozen voor een fistel tussen de a. brachialis en de v. cephalica hogerop. Fistels met de a. brachialis hebben over het algemeen een hogere flow en een lagere kans op vroeg falen, maar er is een groter risico op ischemie van de hand, ze zijn vaker moeilijk te canuleren en ze zijn minder comfortabel voor de patiënt.

Wanneer directe arterioveneuze anastomoses niet mogelijk zijn, is ook vene transpositie of translocatie een mogelijkheid. Meestal verkiest men hiervoor de v. basilica in de bovenarm.

AV-GRAFT

Wanneer er geen opties zijn voor het aanleggen van een autologe AV-fistel, is een AV-graft een valabel alternatief. Onafhankelijk van het gebruikte materiaal zien we hierbij een hoger risico op trombose en stenoses. Vaak zijn multipole interventies noodzakelijk om de vasculaire access te behouden.

CENTRAAL VENEUZE CATHETER

Tijdelijke CVC's worden frequent gebruikt voor acute hemodialyse of overbrugging tijdens fistelmaturatie of -complicaties. Permanente CVC's zijn geïndiceerd bij patiënten met ernstige vasculaire access geïnduceerde ischemie, hartfalen of beperkte levensverwachting. Voorkeurslocatie is de rechter v. jugularis interna.

ACCESS MATURATIE EN ZORG

Na het aanleggen van de fistel dient de vene eerst te matureren alvorens canulatie veilig mogelijk is. Door de continue arteriële flow doorheen de vene krijgen we veranderingen in de wandstructuur (arterialisatie), een vergroting van de diameter en een versnelling van de flow.

Canulatie van een AV-fistel gebeurt preferentieel 4-6 weken na het aanleggen ervan, bij een AV-graft kan dit al na 2-4 weken. Steeds na voorafgaande klinische en echografische evaluatie.

Wanneer de vasculaire access succesvol gecanuleerd werd met 2 naalden over een periode van minstens 6 hemodialyse sessies gedurende een tijdspanne van 30 dagen, met een flow van minstens 350 ml/min, kan deze pas als adequaat beschouwd worden.

CONCLUSIE

Door het toenemend aantal patiënten met nood aan niervervangende therapie, stijgt ook de nood aan een goede vasculaire access. Voorkeur gaat steeds naar een autologe arterioveneuze fistel ter hoogte van de niet-dominante hand. Tijdige plaatsing, zodat er voldoende tijd is voor maturatie, is essentieel voor een goede outcome.

Dr. Ilse Mostaert - vasculair chirurg

Ilse.Mostaert@azwest.be

secretariaat heelkunde: 058 33 33 71



NIEUW: PROEFPROJECT INTERNE LIAISON PSYCHIATRIE

Het is algemeen geweten dat alcohol slecht is voor de gezondheid. Om bewustwording en de gevolgen van alcoholgebruik bekend te maken, worden in België en de rest van Europa verschillende campagnes opgezet zoals de bobcampagne en tournee minerale. Ondanks de stijgende bewustwording zijn er nog personen die de grens van schadelijk alcoholgebruik overschrijden. Volgens cijfers van het Nederlandse Trimbos Instituut wordt alcoholafhankelijkheid vaker als nevendiagnose gesteld in plaats van als primaire diagnose. Daarom zet az West in op een passend beleid om naar alcoholafhankelijkheid te screenen.

ONDERZOEK EN BELEID ZIEKENHUIS

Binnen az West werd er een intern onderzoek uitgevoerd om zicht te krijgen hoe frequent patiënten met overmatig alcoholgebruik op onze klassieke afdelingen terecht komen en hoe de verpleegkundigen dit beleven. Hieruit blijkt dat 73% van de verpleegkundigen op klassieke afdelingen wekelijks tot maandelijks in contact komen met alcoholafhankelijke patiënten. De verpleegkundigen geven in de bevraging aan ondersteuning nodig te hebben tijdens de opname van deze patiëntenpopulatie. Aan de patiënten werd gevraagd hoe hun ervaring was gedurende de opname. Patiënten met alcoholafhankelijkheid hebben andere verwachtingen van hun ziekenhuisopname in vergelijking met andere patiënten. Uit de resultaten komt naar voor dat ze weinig ondersteuning ondervinden tijdens het ontwennen van alcohol. Hierdoor ligt hun tevredenheid over de opname lager.

Er was in het ziekenhuis geen gestandaardiseerd beleid om alcoholafhankelijkheid te screenen en alcoholontwenning te monitoren. Hierdoor glipten sommige patiënten door de mazen van het net. Er werd op zoek gegaan naar een beleid passend bij de populatie en organisatie binnen az West. Zo is het proefproject interne liaison psychiatrie ontstaan.

Op 7 september zijn we van start gegaan met het proefproject. De interne liaison psychiatrie staat in voor het bijstaan van de algemeen verpleegkundigen en patiënten tijdens het screenen, ontwennen en de opvolging van alcoholontwenning. Daarnaast volgt deze persoon patiënten op met een andere psychiatrische aandoening, geeft hij/zij psycho-educatie, organiseert hij/zij nazorg, etc.

HET SCREENEN NAAR ALCOHOLAFHANKELIJKHEID

Een cruciale rol van de verpleegkundige is het identificeren en het screenen van patiënten die mogelijk een risico lopen of tekenen van afhankelijkheid vertonen. Veelal melden patiënten met alcoholafhankelijkheid zich aan voor andere problemen, waardoor het bespreekbaar stellen van alcoholgebruik niet evident is. Terwijl de ene patiënt zich coöperatief opstelt, zal de andere zijn probleem minimaliseren. Dit probleem kan gevoelig liggen en vereist daarom een tactvolle aanpak van de verpleegkundige.

Om de verpleegkundige bij te staan zijn er verschillende screeningstools en richtlijnen op de markt. Ze zijn in de hedendaagse zorgverlening niet meer weg te denken.

Van de onderzochte screeningstools kan worden geconcludeerd dat naar de Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) en de Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption (AUDIT-C) tot op heden het meeste onderzoek is verricht.

AUDIT-C

De AUDIT-C is een verkorte versie van de audit. Het is gemakkelijk in gebruik en minder tijdrovend dan de AUDIT. Bij de afname worden de eerste 3 vragen van de AUDIT gesteld (1. Hoe vaak drinkt u alcohol? 2. Hoeveel drinkt u op een typische dag dat u alcohol drinkt? 3. Hoe vaak drinkt u 6 of meer drankjes op één gelegenheid?). Bij een positieve score hierop, wordt de interne liaison psychiatrie verwittigd.

AUDIT

De interne liaison psychiatrie gaat over naar de afname van de AUDIT. Een sterkte van de AUDIT is dat deze tool toepasbaar is op de toenemende vergrijzing en diversiteit in de samenleving en daarmee ook toepasbaar is op de populatie op klassieke diensten in het az West.

Door de test af te nemen wordt er gepeild naar alcoholafhankelijkheid en enkele specifieke gevolgen van schadelijk drinken. Het schadelijke gebruik van alcohol veroorzaakt veel ziekte, sociale en economische last in samenlevingen. Alcoholgebruik heeft niet enkel invloed op de incidentie van ziekten, verwondingen en andere gezondheidsproblemen, maar ook op het verloop van deze aandoeningen en hun uitkomsten. Door tijdig alcoholafhankelijkheid te detecteren, kan er hierop geanticipeerd worden.

HET MONITOREN VAN ALCOHOLONTWENNING

Door het screenen van de patiënt en verder in gesprek te gaan kan de liaisonverpleegkundige een inschatting maken of de patiënt zal ontwennen en kan advies gegeven worden omtrent de aanpak/behandeling.

Om de ontwenning te monitoren zal in az West gebruik gemaakt worden van de Clinical Institute Withdrawal Assessment - Alcohol revised (CIWA-Ar). De CIWA-Ar is een instrument om de ernst van alcoholontwenning objectief te meten. De symptomen worden bevroegd aan de patiënt en worden gescoord. Aan de hand van de score wordt vastgesteld of sprake is van milde ontwenning, matige ontwenning of ernstige ontwenning. Om de patiënt nauwkeurig op te volgen staat de liaisonverpleegkundige de algemeen verpleegkundigen bij.

Wetenschappelijk onderzoek stelt vast dat de alcoholontwenning beter gemonitord wordt indien de verpleegkundigen training krijgen om de tools voor alcoholontwenning onder de knie krijgen. Opleiding voor verpleegkundigen is bij deze primordiaal en zal ook in az West georganiseerd worden.

DOELSTELLINGEN PROEFPROJECT

Ten gevolge van het beter opvolgen van de alcoholontwenning zal de patiënt minder geagiteerd zijn en de tevredenheid stijgen. Hierdoor worden agressie incidenten vermeden. Het verminderen van agressie zal een positief effect hebben op de werksfeer binnen de diensten. Wegens het beter opvolgen van de alcoholontwenning zullen complicaties zoals een delirium tremens worden vermeden. Hierdoor zal het aantal ligdagen verminderen. Az West wil de patient zorg op maat bieden en dit betekent ook tegemoet komen aan de noden van alcoholafhankelijke patiënten tijdens hun opname op klassieke diensten.

Na de proefperiode zal er geëvalueerd worden of deze doelstelling zijn behaald.

Contactpersoon: Lies Verbanck

interneliasonpsychiatrie@azwest.be



“73% VAN DE VERPLEEGKUNDIGEN OP
KLASSIEKE AFDELINGEN KOMT WEKELIJKS
TOT MAANDELIJKS IN CONTACT MET
ALCOHOLAFHANKELIJKE PATIËNTEN. HET
PROEFPROJECT BIJ HET OPVOLGEN VAN PATIËNTEN MET
ALCOHOLONTWENNING.”

DR. MORTIER ALS ORTHOPEDISCH EXPERT IN CHINA

China is een industrieel innovatief land waarvan we heel wat kunnen leren. Het land streeft naar blijvende progressie! Om hun kennis van de orthopedische technieken te optimaliseren, waren ze op zoek naar een expert om kennis en ervaring door te geven. Dr. Mortier werd als gastprofessor uitgenodigd om gedurende één week de orthopedisten daar op te leiden omtrent innovatieve technieken betreffende het minimaal invasief plaatsen van heupprothesen alsook heuparthroscopieën.

Dr. Mortier neemt deel aan het Visitors Programma waarbij andere artsen kunnen komen kijken naar zijn heuptechniek. Via het Visitors Programma kunnen ze hier live operaties meevolgen en de techniek aanleren. Dat programma is groter en groter geworden en nu komen mensen van over heel de wereld kijken. Zo heeft dr. Liao van het Meizhou City People's Hospital onze arts leren kennen.

OVER WELKE TECHNIEK GAAT HET JUIST?

"Ik geef vaak les aan Europese universiteiten over de spiersparende techniek bij heupoperaties. In België wordt deze techniek her en der toegepast, maar het gros van de orthopedisch chirurgen gebruikt de klassieke methode. Bij de klassieke methode om een heupprothese te plaatsen, worden verschillende spieren ingesneden en later hersteld, maar dat geeft een potentiële kans op complicaties en tragere revalidatie. Bij de mini-invasieve anterieure techniek die ik toepas blijven alle spieren bewaard en verloopt de revalidatie veel sneller. Mensen hebben minder pijn, minder beperkingen, minder vaak krukken en minder oefeningen nodig na de ingreep."

"De Chinese artsen hebben hier verscheidene protheseoperaties bijgewoond. De maandagmorgen om 7u starten we met een briefing om een halfuurtje later de eerste ingreep te teachen. In de namiddag

gaan we dan naar het kadaverlab van de UGent en nadien komen ze nog eens terug om opnieuw mee te volgen."

"BIJ DE MINI-INVASIEVE ANTERIEURE TECHNIEK DIE IK TOEPAS BLIJVEN ALLE SPIEREN BEWAARD EN VERLOOPT DE REVALIDATIE VEEL SNELLER."

HOE ZAG UW WEEK IN CHINA ER UIT?

"Op de eerste dag heb ik de president van het ziekenhuis ontmoet alsook de voltallige directie en staf. De dag erna werd ik opgewacht door het ontvangstcomité van het ziekenhuis en heb ik een rondleiding gekregen. Er werd mij gevraagd een speech te geven, dat is geen probleem, maar ze hadden mij alleen niet verteld dat het voor 1000 man was (lacht). De dagen erna moest ik 's ochtends telkens opereren. Alles werd gefilmd en gedocumenteerd. Ik moest er uitleg bij geven tijdens de operatie, zoals de lessen hier. In de namiddag deden we een zaalronde om de casussen te bespreken en de postoperatieve instructies toe te lichten. Elke namiddag waren er raadplegingen waar complexe casussen met mij werden besproken. Elke dag was er een seminarie waar ik een tweetal uur alle nieuwe technieken kon toelichten."

WAT IS U BIJGEBLEVEN VAN DIE CASUSSEN?

"De patiënten moeten vaak lang wachten voor ze een dokter kunnen zien aangezien er daar niet zo veel ziekenhuizen zijn als hier. Het is dan ook een groot land, met 1.4 miljard mensen. Als ze dan eindelijk op consultatie kunnen komen, zijn ze enorm dankbaar. Als ze geholpen worden kunnen ze terug aan het

werk. Werken is een eer voor de Chinezen. Sociale zekerheid zoals in België bestaat daar niet."

WAT HEB JIJ VAN HEN GELEERD?

"Het beeld dat we van China hebben is vaak een heel Westers/Amerikaans beeld. Ik heb geleerd dat het een warm volk is, zeer aangename mensen. Ik werd daar heel gastvrij ontvangen. Chinezen zijn enorm sociaal! Elke avond werd ik bij iemand uitgenodigd om te gaan eten thuis of om mee te gaan op restaurant. Medewerkers gaan ook heel amicaal met elkaar om, ook artsen met de andere medewerkers. Ze werken daar heel vlot samen met elkaar. Privacy is iets anders, je hebt dat daar niet. In het ziekenhuis liggen mannen en vrouwen door elkaar op de kamers. Er zijn ook overal camera's. Chinezen zijn waanzinnig voor op vlak van informatica. Ik vroeg aan de lokale bevolking of al die camera's hun niet stoorden. Hun antwoord was dat er sinds de camera's zo goed als geen criminaliteit meer was. Je kon daar 's nachts perfect als vrouw alleen rondlopen zonder ook maar één keer lastig gevallen te worden. In ons land is dit helaas vaak anders."

WERKEN DE ZIEKENHUIZEN DAAR ANDERS?

"Ja, ze zijn enorm goed georganiseerd! Het ziekenhuis waar ik te gast was, is een 'klein' ziekenhuis met 6000 bedden en een 5000-tal medewerkers. Ze hebben een bedbezetting van 98%. Om hun efficiëntie te vergroten wordt hun verpleegkundige staf elk jaar groter. Iedereen werkt samen om zoveel mogelijk mensen te kunnen helpen. Ondanks de grootte draait alles daar 'flawless'. De interne structuur is enorm goed. Zoals bij ons heeft elke discipline zijn eigen verdieping. Verpleegkundigen doen daar enkel de medische zaken. De patiënten wassen, aankleden en eten geven gebeurt door de familie."

"Er is natuurlijk wel een groot verschil tussen de publieke en de privéziekenhuizen. Bij de publieke wordt iedereen goed geholpen voor 30 euro per jaar. Ze moeten wel lang wachten voor ze bij de dokter kunnen en ze moeten dikwijls ook ver reizen (de ziekenhuizen zijn gecentraliseerd in de grotere steden). Bij privéziekenhuizen is alles veel duurder omdat je er ook veel sneller terecht kunt! Wil je vandaag een MRI dan zal je er vandaag een krijgen en dezelfde week nog word je geopereerd. Zoals in veel landen, is er een tweeklassen geneeskunde."

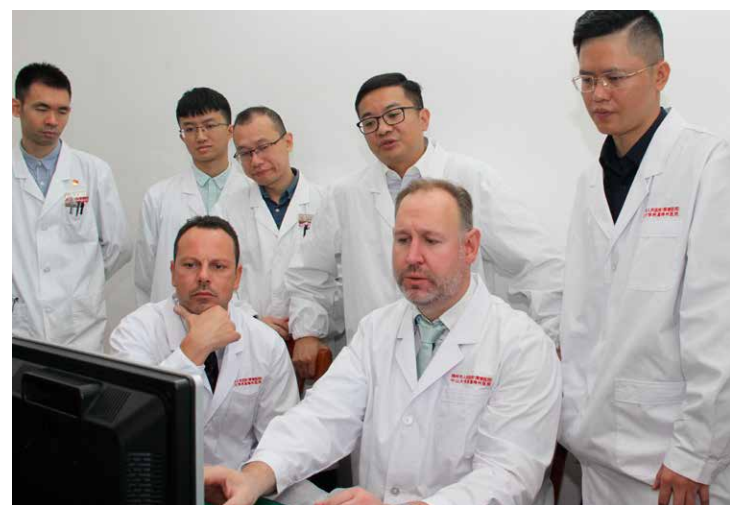
"De digitalisering is daar ook veel verder doorgedreven dan hier. Alles verloopt via de tablet. De patiënt kan vlot via het IT-systeem overleggen met de arts. Ze hebben goeie digitale systemen die volledig met elkaar verweven zijn. Je komt thuis, neemt je telefoon, klikt op de patiënt en je ziet onmiddellijk alles van labo-uitslagen, voorgeschiedenis, foto's. Het is een volledig gedeeld elektronisch dossier. Zo kun je veel efficiënter werken."

HEB JE NOG PLANNEN OM TERUG TE GAAN?

"Ja, normaal ga ik dit of volgend jaar terug naar China indien de COVID-crisis bedaard is. Ik zou teruggaan voor een programma rond heuparthroscopie en endoscopie. In België is het aanbod ook sterk beperkt hieromtrent, maar in China is dit nog zeldzamer. Bv. het hechten van hamstrings via endoscopie werd in Europa voor het eerst door mij uitgevoerd, maar in China is dit nog helemaal onbekend terrein. Dr. Liao stuurde een MRI door met dit letsel bij een jonge atleet om advies te vragen, via Wechat. Ik kijk er alvast naar uit om nog meer boeiende mensen te ontmoeten."

Dr. Dieter Mortier - orthopedist

Dieter.Mortier@azwest.be
secretariaat orthopedie: 058 33 33 72





NIEUWE ARTSEN

ANESTHESIE

Dr. Dominic Smaghe is op 1 februari gestart als specialist in de anesthesie-reanimatie. Hij studeerde af als arts in 2012 en behaalde in 2018 zijn erkenning in de verschillende disciplines van anesthesie-reanimatie. Bovendien behaalde hij in 2020 de bijzondere beroepstitel intensieve zorgen.

dominic.smaghe@azwest.be
058 33 31 96

MKA

Dr. Antoni De Mol is op 1 juni gestart als stomatoloog—MKA-chirurg. Hij rondde zijn studie tandheelkunde af in 2010, waarna hij in 2015 als arts afstudeerde. Daarna specialiseerde hij zich verder in de stomatologie en mond-kaak- en aangezichtschirurgie. Zo raakte hij vertrouwd met de nieuwste technieken en werkmethoden in de dento-alveolaire, implantologische, preprothetische en orthognatische chirurgie. Ook 3D virtual treatment planning voor oncologische resecties en reconstructies en intra-operatieve navigatie kent geen geheimen meer voor hem.

antoni.demol@azwest.be
058 33 31 41

GASTRO-ENTEROLOGIE

Dr. Yves-Paul Vandewynckel is op 1 juni gestart als gastro-enteroloog. Hij studeerde af als arts in 2012. Na een algemene internistische opleiding specialiseerde hij zich in de gastro-enterologie en behaalde hij het Europees diploma Gastro-enterologie & Hepatologie. Ook behaalde hij een doctoraat in de medische wetenschappen met onderzoek binnen de digestieve oncologie. Zijn bijzondere interesse gaat uit naar inflammatoire darmziekten. Overigens bekwaamde hij zich verder in de echo-endoscopie.

yves-paul.vandewynckel@azwest.be
058 33 30 15

VAATHEELKUNDE

Op 1 september is **dr. Ilse Mostaert** gestart als specialist in de vasculaire heelkunde. Ze studeerde af als arts in 2011 en behaalde in 2017 haar erkenning in de algemene heelkunde en vervolgens in 2019 haar erkenning in de vaatchirurgie. Ze is onderlegd in de brede waaier van de vaatheelkunde.

ilse.mostaert@azwest.be
058 33 39 10

GYNAECOLOGIE

Op 1 oktober is **dr. Elke Rossey** gestart als gynaecoloog. Ze studeerde in 2015 af als arts en behaalde haar erkenning in de gynaecologie-verloskunde in 2020. Zij is onderlegd in de brede waaier van de gynaecologie.

elke.rossey@azwest.be
058 33 33 29

COLOFON

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

Eindredactie & coördinatie: 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: B. Cleuren, D. Deneir, P. Duthoo, dr. D. Mortier, dr. I. Mostaert, J. Sampers, L. Verbanck, dr. H. Vollon.

Fotografie: Hanne Ninclus

Vormgeving: toech.be, Gent

Hebt 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

www.azwest.be



NIEUWS

Az West beschikt over een **centraal agendastelsel** waar patiënten of huisartsen online een afspraak kunnen op inboeken. Als huisarts vraagt u een account aan op azwest.be → Zorgverlener → Aanvraagformulieren & brochures. Eens ingelogd, selecteert u het gewenste specialisme, specialist en tijdstip; u vult om te eindigen de patiëntgegevens in.